

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NA PESSOA COM DPOC: O CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE REABILITAÇÃO

Ana Sofia Campos Nabais

2014



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NA PESSOA COM DPOC:

**O CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE
REABILITAÇÃO**

Ana Sofia Campos Nabais

Professora Orientadora Maria do Céu Sá

2014



A Reabilitação presta (...) grandes serviços à vida;
é sua missão dar mais vida ao tempo que passa.”
(Hesbeen, 2010)

AGRADECIMENTOS

Aos doentes a que presto cuidados no contexto da minha prática profissional e especialmente àqueles que cuidei no âmbito deste processo formativo, por me aguçarem a vontade de aprender a ser mais e melhor enfermeira.

À professora Maria do Céu Sá pela orientação, paciência e partilha de conhecimentos.

Ao Francisco, meu marido, melhor amigo e companheiro, pelo apoio e por me incentivar a nunca desistir dos meus sonhos e projetos, mesmo quando isso implica prescindir da minha presença.

À Cláudia e à Filipa pela amizade, pela tranquilidade transmitida nos momentos mais turbulentos desta etapa da minha vida e por me ajudarem a acreditar mais em mim.

À Sara, não só pela amizade mas também pelo modelo de enfermeira e pessoa que é para mim e claro, pelas sábias palavras de quem domina os meandros da enfermagem como ninguém.

Aos meus pais e irmão por acreditarem em mim, escutarem os meus desabafos e valorizarem as minhas conquistas.

À Enfermeira Chefe Carla Costa, pelo apoio, compreensão e por me ter permitido a realização deste sonho, tornando-me possível conciliar o horário laboral com a frequência deste curso.

A todos,

MUITO OBRIGADO

SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação

CHLC – Centro Hospitalar Lisboa Central

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte

GOLD – Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

GUSS - Gugging Swallowing Screen

HADS - Hospital Anxiety Depression Scale

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONDR – Observatório Nacional das Doenças Respiratórias

OE – Ordem dos Enfermeiros

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RCCEE - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SES – Sessão de Educação para a Saúde

VNI – Ventilação Não Invasiva

RESUMO

A DPOC é uma doença crónica constituindo uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em todo o mundo. É caracterizada por uma limitação do débito aéreo, devido a uma resposta anómala a nível pulmonar à inalação de partículas ou gases. A evolução da doença e a manifestação de sintomas despoleta défice de autocuidado. Deste modo, o EEER no âmbito das suas competências desenvolve intervenções que visam o readquirir do autocuidado e autonomia da pessoa com DPOC.

No âmbito do mestrado na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação, foi concebido um projeto de estágio operacionalizado ao longo dos estágios realizados. A temática do projeto é referente à promoção do autocuidado da pessoa com DPOC e compreensão do contributo do EEER. Este percurso culminou com a elaboração deste relatório, onde para além de dar resposta à temática do projeto, é realizada uma descrição, análise e reflexão dos objetivos e atividades desenvolvidas que permitiram o desenvolvimento de competências como futura EEER. Durante o estágio desenvolvido no serviço de Pneumologia, constatei que na pessoa com DPOC, a reabilitação respiratória, nomeadamente a RFR e treino de exercício, melhoram a gestão da doença, reduzindo a dispneia, promovendo a readaptação ao esforço, a autonomia e autocuidado. É fundamental envolver a família no processo de reabilitação, pois esta assume um papel primordial no que diz respeito à preparação para o regresso a casa destes doentes.

No estágio desenvolvido no serviço de Neurologia, foi possível desenvolver competências sobretudo no âmbito da reabilitação motora da pessoa com patologia do foro sensório-motor.

Neste percurso, foram mobilizados conhecimentos teóricos com a prática clínica, à luz da teoria de enfermagem de Dorothea Orem, de modo a num processo dinâmico de aprendizagem e construção de saberes, traçar uma identidade profissional como futura EEER.

Palavras-chave: DPOC, reabilitação, autocuidado, EEER

ABSTRACT

DPOC is a chronic disease that represents the major worldwide cause of morbidity and mortality. It is characterized by airflow limitation due to an abnormal response in the lung on inhalation of particles or gases. Disease progression and manifestation of symptoms triggers self-care deficit. Thus, the EEER within their competence develops interventions aimed at regaining self-care and empowerment of DPOC patients.

Under the master's degree specialization in Rehabilitation Nursing, a stage project was designed, to be operated over the internships. The theme of the project is related to promoting self-care of people with DPOC and the understanding of the contribution of EEER. This path culminated in the drafting of this report, where in addition to responding to the theme of the project, a description, analysis and reflection of the goals and activities that allowed the development of skills as future EEER is performed.

During the internship developed in a pulmonology ward, it was found that respiratory rehabilitation, particularly RFR and exercise training in people with DPOC, improves disease management, reduces dyspnea and promotes the rehabilitation effort, autonomy and self-care. It is essential to involve the family in the rehabilitation process of these patients, as it plays a major role regarding the homecoming.

In the stage developed in the neurology ward, it was possible to develop specific skills in the context of motor rehabilitation of the person with sensory-motor disorders.

In this course, theoretical knowledge with clinical practice were mobilized, based on Dorothea Orem's nursing theory, to draw a professional identity as a future EEER, in a dynamic process of learning and knowledge construction.

Keywords: DPOC, rehabilitation, self-care, EEER

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO | 13 |
| 1. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA ÁREA DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO | 24 |
| 1.1 Descrição, análise e reflexão global sobre as atividades desenvolvidas e competências adquiridas no estágio da Vertente Respiratória | 27 |
| 1.2. Descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas e competências adquiridas no estágio da Vertente Sensório-Motora | 49 |
| 2. AVALIAÇÃO DO PERCURSO FORMATIVO | 59 |
| 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 63 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 66 |
| ANEXOS | |
| ANEXO I - Escala Modificada de Borg | |
| ANEXO II - HADS – Escala de Ansiedade e Depressão | |
| ANEXO III - Questionário de dispneia - Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire) | |
| ANEXO IV - Escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL) | |
| ANEXO V - Euro Qol – Questionário de Qualidade de Vida | |
| ANEXO VI - The St. George’s Respiratory Questionnaire (SGRQ. Quality of life) | |
| ANEXO VII – Exercícios para a pessoa com Doença Respiratória | |
| ANEXO VIII – Escala de Glasgow | |
| ANEXO IX – Escala de Lower | |
| ANEXO X – Escala Modificada de Asworth | |
| ANEXO XI – Índice de Barthel | |

ANEXO XII – Medida da Independência Funcional (MIF)

ANEXO XIII - Escala GUSS

ANEXO XIV - Nacional Institute of Health Strok Scale – NIHS

APÊNDICES

APÊNDICE I – Projeto de Formação

APÊNDICE II – Cronograma de Estágio

APÊNDICE III – Planificação das Atividades

APÊNDICE IV – Guiões das Entrevistas – Serviço de Pneumologia - CHLC

APÊNDICE V – Formação em Serviço – Dispneia: Da subjetividade à objetividade

APÊNDICE VI – SES – O doente com DPOC: Inaloterapia

APÊNDICE VII – Check List - Inaloterapia

APÊNDICE VIII - Guiões das Entrevistas – Serviço de Neurologia - CHLN

INTRODUÇÃO

A realização deste relatório de estágio surge após um longo percurso de aquisição de conhecimentos e competências na frequência do Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação. Este percurso teve início com uma componente teórica, seguindo-se uma componente prática no âmbito de estágio, e culmina com a elaboração deste relatório. Tem sido um caminho enriquecedor, correspondendo de forma positiva às expectativas iniciais relacionadas com o melhorar da prestação de cuidados de enfermagem centrados nos doentes e suas famílias. Conseguindo assim alcançar, cuidados não só individualizados, mas também especializados, promovendo o autocuidado¹ e a adaptação aos processos de saúde/doença.

Neste contexto formativo e precedendo o estágio, foi delineado um projeto de formação (Apêndice I), tendo a sua elaboração correspondido a um processo de desenvolvimento pessoal e profissional, envolto numa dinâmica reflexiva e de autotransformação. A sua preparação levou-me a assumir compromissos pessoais, propondo-me a atingir objetivos e metas específicas, adotando deste modo uma postura de responsabilidade no processo de aprendizagem.

Não só durante a fase formativa mas também ao longo da nossa prática profissional, é essencial recorrer à prática reflexiva, recorrendo sobre a ação e produzindo novo conhecimento. Esta posição permite progredir e alcançar uma compreensão mais aprofundada sobre os cuidados de enfermagem, atingindo o objetivo que tanto nos move, a excelência no cuidar que se traduz em ganhos em saúde para a pessoa e sua família.

Partindo de uma necessidade sentida e de um processo de introspeção e reflexão, defini a problemática do meu projeto de formação com vista à sua operacionalização no estágio. Deste modo, optei por investir na temática: **A promoção do Autocuidado na pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva**

¹ autocuidado é um termo definido na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2 no eixo do foco como "atividade executada pelo próprio: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diárias." (Conselho Internacional dos Enfermeiros, 2011, p.41)

Crónica (DPOC): O contributo do Enfermeiro Especialista de Reabilitação. A escolha deste tema, esteve principalmente relacionada com motivos de ordem profissional e pessoal. O facto de exercer funções num serviço de Pneumologia, onde a DPOC é uma das principais doenças que compromete a pessoa na atividade de autocuidado, torna pertinente para mim o estudo desta problemática. Por outro lado, enquanto futura Enfermeira Especialista de Enfermagem de Reabilitação (EEER), é para mim fundamental desenvolver competências com vista a promover a autonomia² e o autocuidado destes doentes aquando do seu internamento. Assim, será possível que após a alta regressem a casa e retomem da melhor forma possível a sua vida pessoal, familiar e social.

De facto, Hesbeen (2010) fala-nos no espírito de reabilitação como uma aptidão que conduz o enfermeiro a analisar e refletir sobre os cuidados de forma a adequá-los à individualidade de cada pessoa, sem a reduzir ao seu problema de saúde. Neste sentido, considero que o EEER assume os cuidados de enfermagem não apenas como um meio para o tratamento da doença, mas uma forma de contribuir para melhorar a qualidade de vida da pessoa independentemente da fase do ciclo vital ou contexto de saúde/doença em que se encontra.

Atendendo ao conhecimento já existente sobre esta patologia, é possível também compreender a relevância do estudo desta problemática. A DPOC é um importante problema de saúde pública, e segundo o Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR, 2011), constitui uma das principais causas de morbilidade e mortalidade no mundo, sendo a 4^a causa de morte a nível mundial e 5^a a nível nacional. É uma doença respiratória crónica, mais prevalente no género masculino (5,3%) (ONDR, 2009). Por outro lado, a principal causa da instalação desta doença é o tabagismo, responsável por mais de 50% dos óbitos por DPOC (ONDR, 2012).

De acordo com a National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2010), a DPOC é uma doença progressiva com reduzida reversibilidade, cuja componente pulmonar se caracteriza por uma limitação do débito aéreo, relacionada com uma resposta anómala a nível pulmonar à inalação de partículas ou gases. A instalação/evolução inicial da doença é silenciosa, normalmente associada à exposição de fatores de risco, sendo o mais comum o tabaco. Trata-se de uma

² autonomia é um conceito definido no eixo do foco na CIPE versão 2 como “direito do cliente: *status* de auto-governação e auto-orientação” (Conselho Internacional dos Enfermeiros, 2011, p.41).

doença prevenível e tratável que envolve uma componente pulmonar e extrapulmonar. Relativamente à componente pulmonar, verifica-se inflamação crónica das vias aéreas que resulta em hipersecreção brônquica e consequente obstrução. À medida que a doença progride, ocorre perda da retração elástica do parênquima pulmonar, que causa um aumento da *compliance* pulmonar, esta variação gera o colapso alveolar na expiração, que por sua vez leva ao aumento da resistência ao fluxo aéreo expiratório. Estas alterações fisiológicas modificam a capacidade do ar se deslocar para fora dos pulmões, alterando os volumes estáticos e dinâmicos, dando origem à hiperinsuflação pulmonar que caracteriza esta patologia. A hiperinsuflação é responsável pelas alterações na mecânica diafragmática, verificando-se um abaixamento das hemicúpulas e limitação da excursão diafragmática (Soares & Carvalho, 2009).

Apesar das primeiras manifestações da doença serem a nível da função pulmonar, a DPOC apresenta efeitos extrapulmonares significativos que podem surgir de forma mais gravosa mediante o ritmo de progressão da doença. De acordo com Cordeiro e Menoita (2012), existe um vasto leque de complicações decorrentes da DPOC, que se manifestam ao nível do sistema cardiovascular (angina de peito), músculo-esquelético (osteoporose e diminuição da força muscular), a nível hematológico (anemia), tendo também repercussões a nível psíquico e emocional (depressão).

A DPOC acarreta várias repercussões nefastas para a pessoa, nomeadamente sintomas como tosse, aumento da expectoração, dispneia, pieira, perda de peso, edemas e dor torácica. Contudo, a dispneia é o sintoma de maior destaque e que compromete de forma mais efetiva a qualidade de vida da pessoa. No sentido de atenuar este sintoma, a pessoa reduz ou mesmo evita a atividade física verificando-se um descondicionamento físico. Este processo é desencadeado pela espiral da dispneia e encoraja a pessoa com DPOC a adotar um estilo de vida indesejavelmente sedentário (Cordeiro & Menoita, 2012). Deste modo, esta doença tem repercussões negativas na capacidade da mesma participar na vida social e familiar, o que se repercute no decréscimo da qualidade de vida, bem-estar e capacidade para a realização do autocuidado (Magalhães, 2009).

A reabilitação respiratória assume um papel fundamental no controlo de sintomas e prevenção de exacerbações. De acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS, 2009), a reabilitação respiratória é definida como um programa de

intervenção global e multidisciplinar, dirigido a doentes com doença respiratória crónica, sintomáticos e que frequentemente apresentam uma redução na capacidade de participar nas AVD.

A reabilitação respiratória é realizada por profissionais com formação especializada, nomeadamente EEER, compreendendo a educação da pessoa e seus cuidadores, otimização terapêutica, intervenção nutricional, Reeducação Funcional Respiratória (RFR), treino de exercício e intervenção psicossocial (Cordeiro & Menoita, 2012). Devido à dispneia instalada de forma progressiva, a DPOC pode também comprometer outras funções fisiológicas para além da função respiratória, nomeadamente funções motoras, alimentação, eliminação e sexualidade nas quais o EEER pode intervir com vista à otimização e reeducação das mesmas.

De facto, os benefícios da reabilitação respiratória em doentes com DPOC são cada vez mais sustentados por uma forte, sólida e crescente evidência científica. Segundo Ries et. al (2007), nos últimos 10 anos, cerca de 1000 novos artigos foram adicionados às bases bibliográficas de saúde abordando este tema. Cote e Celli (2006) ao realizarem um estudo de investigação de caris experimental e Magalhães (2009) através de uma revisão sistemática da literatura, concluíram existir evidência científica para afirmar que a reabilitação respiratória para além de reduzir a dispneia, melhora a qualidade vida, reduz o tempo de internamento e os episódios de exacerbações, como já referido, melhora a FEV1 (volume expiratório forçado num segundo), a resposta à prova de marcha e promove o autocuidado.

Segundo Almeida, Aguiar e Martins (2010), cada programa de reabilitação deve ser individualizado tendo em conta uma multiplicidade de fatores, nomeadamente: a fase evolutiva da doença, fases de estabilização/agudização, patologias associadas, local de aplicação (ambulatório, internamento ou domicílio) e diagnóstico da situação.

O EEER delinea assim planos de cuidados de enfermagem de reabilitação, tendo como alvo principal a pessoa com perda ou alteração de uma estrutura corporal ou função fisiológica, que constitui uma deficiência de acordo com a Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF) (OMS, 2003). No que concerne à pessoa com DPOC, a afeção é resultante da alteração das estruturas pulmonares que geram compromisso das trocas gasosas. Assim, os planos de reabilitação são elaborados com base no diagnóstico da situação devendo compreender a avaliação

da funcionalidade³ e incapacidade⁴. Também devem ser tidos em consideração os fatores contextuais, nomeadamente os ambientais, como: situação sócio-familiar e profissional; condições habitacionais e recursos de saúde disponíveis. Dentro dos fatores contextuais, os fatores pessoais como o grau de instrução e capacidade de aprendizagem do doente também devem ser tidos em conta (OMS, 2003). Deste modo, o EEER à luz da CIF tem como primazia na sua intervenção à pessoa com DPOC, aumentar a funcionalidade e diminuir ao máximo a incapacidade, eliminando barreiras e impedindo que o mesmo viva situações de restrições da participação⁵ na sua vida pessoal, familiar e social (OMS, 2003).

É ainda fulcral, compreender a importância da articulação entre a intervenção do EEER do contexto hospitalar e a intervenção do EEER de Cuidados de Saúde Primários (CSP). Desde o acolhimento até à alta clínica, é importante preparar o regresso a casa do doente com DPOC. A sua reinserção familiar, social e laboral é de extrema importância, e deste modo a articulação entre enfermeiros do contexto hospitalar e de CSP torna-se crucial, permitindo a continuidade de cuidados no âmbito do programa de reabilitação destes doentes, tendo em consideração as suas reais necessidades no âmbito domiciliário. De acordo com a NICE (2010), os doentes com DPOC têm necessidade de ter acesso a programas de reabilitação respiratória a nível dos CSP. Kelleher, Perker, Abdulwadud e Francis (2009), referem que os enfermeiros de CSP se encontram numa posição privilegiada para dar continuidade aos programas de reabilitação respiratória iniciados no hospital, adaptando-os às reais necessidades do dia-a-dia da pessoa.

Tendo presente as competências do EEER preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010), a sua intervenção permitirá maximizar as capacidades funcionais e o desenvolvimento de capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo⁶ e autocuidado da pessoa. Por outro lado, num contexto nacional de atual crise económica, torna-se preponderante que os cuidados de enfermagem

³ a funcionalidade é definida na CIF como: "...termo genérico para as funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação. Ele indica os aspetos positivos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os seus fatores contextuais (ambientais e pessoais)" (OMS, 2003, p.171).

⁴ a incapacidade é definida na CIF como: "... termo genérico para deficiências, limitações de atividade e restrições na participação. Ele indica os aspetos negativos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os seus fatores contextuais (ambientais e pessoais)" (OMS, 2003, p.171).

⁵ restrições de participação segundo a CIF são "... problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real. A presença da restrição de participação é determinada pela comparação entre a participação individual com aquela esperada de um indivíduo sem deficiência naquela cultura ou sociedade." (OMS, 2003, 172).

⁶ autocontrolo é um termo do eixo do foco definido pela CIPE versão 2 como volição: disposições tomadas para cuidar do necessário para a sua própria manutenção; para se conservar ativo, lidar com as suas necessidades básicas e íntimas e as atividades de vida (Conselho Internacional dos Enfermeiros, 2011, p.41).

contribuam para a redução dos gastos em saúde. Assim, atuando na promoção do autocuidado e autocontrolo, o EEER pode intervir na prevenção das exacerbações e no controlo sintomático da pessoa com DPOC, contribuindo assim para reduzir a duração dos internamentos e a ocorrência de reinternamentos por agudização da doença, diminuindo os gastos em saúde (ONDR, 2012).

Com o envelhecimento da população a nível mundial, a prevalência de doenças crónicas como a DPOC tem vindo a aumentar. Neste sentido, e uma vez que o grau de dependência⁷ destas pessoas é muito elevado, importa que os enfermeiros promovam junto do doente e sua família a capacidade de gerir o processo de doença crónica ao longo da vida (Petronilho, 2012).

Atualmente os estudos que envolvem a área do autocuidado são primordiais ao nível dos cuidados de saúde, pois permitem compreender e promover a qualidade de vida das pessoas. Neste sentido, o autocuidado abrange não apenas as capacidades necessárias para a realização das atividades de vida diária (AVD), mas também conhecimentos e perícias que as pessoas utilizam na autogestão da sua condição de saúde (Orem, 2001).

Neste sentido, baseei-me no referencial teórico do Modelo Conceptual de Orem (2001) para dar resposta à temática, sendo que este modelo enfatiza a promoção do autocuidado como objetivo primordial dos cuidados de enfermagem. A Teoria do Autocuidado de Orem, descreve e explora aquilo que a enfermagem é e deve ser, baseando-se na premissa que os indivíduos podem cuidar de si, mantendo a vida, a saúde e o bem-estar.

Este modelo incorpora três teorias: a Teoria do Autocuidado (descreve e explica o autocuidado), a Teoria do Défice de Autocuidado (explica as razões pelas quais a enfermagem pode ajudar as pessoas) e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (descreve as relações que são necessárias estabelecer para a realização dos cuidados de enfermagem).

De acordo com Petronilho (2012), subjacente a este modelo teórico encontra-se a conceção de autonomia. Para além do sentido ético do conceito relacionado com o direito do doente de decidir sobre os cuidados, este termo remete ainda para

⁷ o conceito de dependência é definido de acordo com o decreto-lei nº 101/2006 referente à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) como a: "... situação em que se encontra a pessoa, que por perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária."

a capacidade de agir, não só relacionada com a capacidade de decisão da pessoa, mas também com aspetos funcionais e fisiológicos da mesma. Nesta sentido, o referencial teórico de Orem (2001), orienta os cuidados de enfermagem para a promoção das capacidades individuais da pessoa promovendo a sua autonomia pessoal e o *empowerment*⁸.

Em saúde, promover o *empowerment*, é ajudar as pessoas a aumentar e usar a sua própria capacidade inata, para obter mestria. O enfermeiro que utiliza abordagens baseadas no *empowerment*, encontra-se imbuído de uma filosofia que se manifesta nos seus comportamentos e se distingue de outros não pelo que faz, mas pela forma como o faz e pela intencionalidade com que o faz. O seu papel é, principalmente, de facilitador e recurso, enquanto *expert* no processo (Anderson & Funnell, 2010).

De acordo com a visão de Orem (2001), a pessoa com DPOC, apresenta necessidades terapêuticas de autocuidado que são "...uma estrutura formulada e expressada (...) em medidas de cuidados que deve ser executada para gerar processos de ação, utilizando os meios (...) para cumprir as metas reguladoras dos requisitos de autocuidado dos indivíduos" (Petronilho, 2012, p. 21). A DPOC provoca na pessoa sintomas como a dispneia, que se traduz principalmente em fases mais avançadas na incapacidade para o autocuidado (GOLD, 2013; Orem, 2001).

Assim, em fases de agudização da doença ou em estadios mais avançados, o doente com DPOC pode deixar de ser capaz de ser o agente do autocuidado, ou seja a pessoa que realiza o cuidado. Neste contexto, a família assume grande importância para o doente que passa a ser agente dependente de cuidados, necessitando que outro o substitua e/ou apoie na realização das AVD.

Dependendo do estadio da sua doença, a pessoa pode ainda deixar de ter competência para assumir comportamentos de autocuidado e assim ser capaz de suprir todos os requisitos de autocuidado. Os requisitos de autocuidado são definidos como grupos de necessidades do indivíduo, que se subdividem em universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde (Petronilho, 2012).

Os requisitos universais são comuns a todos os seres humanos, e correspondem as ações que proporcionam as condições internas e externas que

⁸ empowerment é um atributo dos grupos ou dos indivíduos, gerada pelo conhecimento e confiança, para agirem em seu próprio benefício, da melhor forma para atingir os objetivos identificados (Brennan & Safran, 2005).

favorecem o desenvolvimento humano. Estão relacionados com a respiração eficaz, ingestão adequada de água e alimentos, processos adequados de eliminação, equilíbrio entre atividade e repouso, entre solidão e interação social, prevenção de risco para a vida e promoção do funcionamento e desenvolvimento humano. Quando o autocuidado assenta nestes requisitos, este decorre de forma eficaz e é promovida a saúde e o bem-estar (Orem, 2001).

O cumprimento dos requisitos universais como a respiração, o equilíbrio entre atividade e repouso e entre a solidão e a interação social estão comprometidos na pessoa que sofre de DPOC. Segundo a NICE (2010), o compromisso respiratório pode limitar a capacidade do indivíduo na satisfação das necessidades fundamentais, condicionando também a participação na vida social e laboral.

Os requisitos de desenvolvimento surgem da necessidade de adaptação a mudanças que surgem na vida do indivíduo, ao longo das várias fases do desenvolvimento (ex: envelhecimento), ou condições que afetam o desenvolvimento (ex: maternidade e estado nutricional, situação de saúde) (Orem, 2001). Por sua vez, os requisitos de desvio de saúde, estão relacionados com a ocorrência de doenças que afetem os mecanismos fisiológicos e/ou psicológicos, alterando o funcionamento integral do ser humano.

O cumprimento dos requisitos de desvio de saúde e de desenvolvimento na pessoa com DPOC pode também estar afetado, por a mesma se encontrar parcial ou totalmente dependente. Neste caso, deixa de ser agente de autocuidado, tornando-se recetor de cuidados, passando assim a depender de terceiros e a requerer em determinados casos de cuidados de saúde (Orem, 2001). Por outro lado, o cumprimento deste tipo de requisitos também pode encontrar-se comprometido devido à dificuldade de adaptação/aceitação da situação de doença, apresentando a pessoa por vezes síndromes depressivos (NICE, 2010).

A DPOC condiciona a capacidade de realização das atividades surgindo assim o défice de autocuidado, enquadrado na Teoria do Déficit de Autocuidado. Nesta perspetiva, para minimizar os efeitos desse défice, o EEER utiliza os cinco métodos de ajuda propostos por Orem (2001): agir ou fazer pela pessoa; guiar e orientar; ensinar; proporcionar apoio físico e psicológico e manter um ambiente de apoio favorável ao desenvolvimento da pessoa.

Neste contexto, quando as diferentes atividades de autocuidado estão afetadas ou limitadas, a pessoa com DPOC torna-se em determinadas

circunstâncias dependente de outros para as realizar, sendo aqui que a função do EEER ganha relevo, como detentor de saberes que lhe permitem avaliar os diferentes graus de dependência e implementar estratégias de intervenção com recurso aos métodos de ajuda propostos por Orem (2001).

Estes métodos podem ir desde a substituição da pessoa (agir ou fazer pelo outro); à transmissão de conhecimentos (educar); ao ensino de estratégias (instruir) ou treino de capacidades e AVD (treinar); ao apoiar física e psicologicamente e ao proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, tornando a pessoa apta a satisfazer as suas necessidades de autocuidado com vista à sua reintegração comunitária (GOLD, 2013).

Face à existência de défice de autocuidado, Orem (2001) propõe ainda o recurso à Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Esta teoria assenta no planeamento e execução de um conjunto de ações com o objetivo do individuo reassumir o seu próprio cuidado. Deste modo, Orem (2001) identificou três classificações de sistemas de enfermagem: sistema totalmente compensatório; sistema parcialmente compensatório e sistema de apoio-educação.

Na pessoa com DPOC, sendo esta uma doença crónica, irreversível e de agravamento progressivo, provavelmente o sistema totalmente compensatório está relacionado com os estadios mais avançados, que correspondem a um maior grau de incapacidade ou a momentos de exacerbação da doença. O sistema parcialmente compensatório, corresponderá a estadios intermédios da DPOC em que o individuo é capaz de realizar algumas atividades de autocuidado mas necessita do enfermeiro para compensar aquelas que não consegue executar autonomamente.

Por fim, o sistema de apoio-educação será aquele implementado com maior destaque pelo EEER numa fase mais inicial da instalação da DPOC, em que a pessoa tem capacidade para o autocuidado mas pode apresentar necessidades de orientação na gestão da doença. De acordo com o grau de agudização da doença, o doente com DPOC pode, independentemente do seu estadio, necessitar num curto período de tempo de cuidados dos três sistemas de enfermagem por parte do EEER face às suas limitações funcionais e necessidades (Orem, 2001).

Após ter contextualizado o âmbito e natureza do projeto inicialmente traçado, bem como de forma sucinta ter demonstrado a pertinência do mesmo passarei a

referir os problemas parcelares e os objetivos de estágio nele estabelecidos sendo que este relatório se vai centralizar na operacionalização dos mesmos.

Assim, sendo a problemática geral o contributo do EEER na promoção do autocuidado da pessoa com DPOC, foram estabelecidos os seguintes problemas parcelares:

- Quais as necessidades de autocuidado da pessoa com DPOC?
- Quais as intervenções do EEER promotoras do autocuidado na pessoa com DPOC?
- Quais as intervenções a desenvolver como EEER junto da família/cuidador da pessoa com DPOC, de forma a promover o autocuidado?
- De que modo é possível a articulação entre EEER do contexto hospitalar e de CSP, no sentido de permitir a continuidade dos cuidados de reabilitação dos doentes com DPOC e promover o autocuidado, permitindo a sua reinserção familiar, social e laboral?
- Qual a importância da intervenção do EEER na promoção do autocuidado da pessoa com DPOC?

Tendo por base não só a problemática em estudo, mas também todas as competências preconizadas para o EE e EEER pela OE, foram definidos alguns objetivos gerais a serem atingidos no contexto dos estágios. Assim, os objetivos gerais traçados foram:

- Desenvolver competências como EEER na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa com DPOC e sua família, que apresentem défice de autocuidado;
- Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação nas diferentes áreas de atuação, nomeadamente na área sensório-motora, respiratória e de eliminação e em todas as dimensões afetadas na pessoa, capacitando-a para o autocuidado;
- Desenvolver competências na área da clínica, formação, gestão e investigação.

Assim, a elaboração deste relatório tem como principal propósito espelhar o percurso de aprendizagem que me levou a adquirir competências como futura EEER e a dar resposta à problemática e aos objetivos propostos inicialmente, dando cumprimento aos compromissos assumidos no projeto de formação.

Deste modo, para operacionalizar os conhecimentos teóricos adquiridos no 1º e 2º semestre e desenvolver competências científicas, técnicas e humanas enquanto futura EEER, frequentei ao longo do 3º semestre dois estágios, tendo estabelecido

um cronograma disponível no apêndice II. A escolha dos locais de estágio prendeu-se principalmente com a pertinência dos contextos de cuidados para o desenvolvimento de competências, tendo em conta o tema da problemática por mim escolhida. Deste modo, realizei inicialmente o estágio do âmbito da vertente sensório-motora no serviço de Neurologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN). O segundo estágio, mais longo e referente à vertente Respiratória foi realizado no serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC).

Para a elaboração deste relatório, foi realizada uma revisão da literatura recorrendo a livros, artigos científicos, teses de mestrado especializados na área da enfermagem de reabilitação e decretos-lei. Foram também utilizados motores de busca como o Google académico, EBSCO, CINAHL e MEDLINE.

Este relatório encontra-se estruturalmente dividido em dois grandes capítulos. O primeiro é referente ao percurso de desenvolvimento de competências na área da enfermagem de reabilitação, e encontra-se subdividido em dois subcapítulos relativos à descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas e competências adquiridas particularmente em cada vertente de estágio (respiratória e sensório-motora).

No segundo capítulo será realizada a avaliação do percurso formativo decorrido no 3º semestre e, por fim, no último capítulo serão realizadas as considerações finais onde estarão presentes as principais conclusões deste trabalho e perspetivas futuras.

1. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA ÁREA DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Vivemos atualmente numa sociedade em constante mudança e desenvolvimento em vários domínios, nomeadamente no campo das ciências médicas, sociais e humanas. As doenças que há bem pouco tempo atrás eram fatais são agora tratáveis e a esperança média de vida conheceu um aumento significativo. O sucesso no controlo da mortalidade na doença aguda, colocou em ênfase as doenças crónicas como a DPOC, hoje líderes em mortalidade e morbilidade na Europa, com tendência para agravamento nos próximos anos e aumento da necessidade de cuidados de saúde (OMS, 2005). A enfermagem tem acompanhado esta espiral de desenvolvimento, no sentido de proporcionar cuidados de enfermagem de qualidade à pessoa e sua família, para que possam viver mais tempo com a melhor qualidade de vida possível.

Assim, emerge a necessidade de promover o autocuidado da pessoa com DPOC, com o objetivo de melhorar as suas respostas aos processos de vida, saúde e doença, sendo o enfermeiro um facilitador do processo, na busca permanente da excelência do exercício na profissão em geral.

A excelência no cuidar em enfermagem, é antes de mais um dever do enfermeiro, a observar na relação profissional, quer durante a prestação de cuidados ao doente, quer na relação com outros profissionais e encontra-se preconizada no seu Código Deontológico (OE, 2005). Os cuidados de enfermagem, compreendem assim o desenvolvimento de competências pessoais, profissionais e relacionais a empregar no contexto de cuidados.

Neste sentido, a OE (2003, p. 246) define competência como uma “...capacidade do enfermeiro para praticar de forma segura e eficaz, exercendo a sua responsabilidade profissional.” Demonstrar competência é saber mobilizar e combinar recursos, e ter a capacidade de mobilizar e integrar saberes diversos e heterogéneos para realizar uma atividade, solucionar um problema ou concretizar um projeto. Implica que o enfermeiro saiba selecionar os recursos do seu repertório pessoal, organizá-los e aplicá-los de forma efetiva, num agir contingente (OE, 2011).

Neste sentido, e como meio para o desenvolvimento de competências torna-se imprescindível para o enfermeiro buscar a auto-aprendizagem, auto-questionamento e a reflexão crítica. Esta última, implica um processo de análise no qual se reflete sobre as experiências vividas na prática profissional, e se faz uma avaliação com vista a obter um entendimento das mesmas. Não importa apenas ter experiência, importa sim o que fazemos com o saber decorrente dessa experiência e como transformamos isso em matéria de melhoria de cuidados (Deodato, 2004).

Neste contexto, a realização deste relatório surge como uma oportunidade de refletir criticamente acerca da minha prestação de cuidados e acerca de todo o processo formativo que constituiu o adquirir e consolidar competências do EE no geral, e especialista em enfermagem de reabilitação em particular, no cuidar da pessoa e sua família tendo em conta as suas reais necessidades.

Benner (2005), refere que só o enfermeiro que atua na prestação de cuidados diretos pode ter a real perceção da complexidade e perícia requerida em determinadas situações de cuidados. Por outro lado, o enfermeiro ao estabelecer uma relação de proximidade e empatia com o doente e família encontra-se numa posição privilegiada para identificar as suas necessidades, problemas e obstáculos, podendo ajudar a pessoa a adotar estratégias adaptativas.

A mesma autora (2005) refere-nos que durante a aquisição e o desenvolvimento de perícia, o enfermeiro passa por diferentes níveis de proeficiência até ser considerado totalmente perito. Para o enfermeiro alcançar a perícia é exigida motivação, competências em vários âmbitos e adequadas a vários contextos, tendo capacidade de dar resposta a situações variadas e complexas.

Assim, neste caminho formativo orientei a minha aprendizagem no sentido de adquirir competências e aumentar a perícia assim como o grau de especialização das minhas intervenções. Realizei este percurso tendo em linha de conta o Regulamento das Competências Comuns do EE (RCCEE) onde é determinado que o título de especialista é conferido:

ao enfermeiro com conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenções. (OE, 2010, p.2).

Neste regulamento é referido ainda que independentemente da especialidade, um EE deve adquirir um conjunto de competências comuns, organizadas em quatro domínios, que consistem na “responsabilidade profissional, ética e legal”, “melhoria contínua da qualidade”, “gestão de cuidados” e “desenvolvimento de aprendizagens profissionais”.

Por outro lado e, no âmbito de cada especialidade a OE determinou regulamentos próprios para cada especialidade, nomeadamente o Regulamento das Competências Específicas do EEER onde são definidas as competências necessárias a desenvolver pelo mesmo. Assim, além das competências comuns aos enfermeiros especialistas, espera-se que o EEER tenha a capacidade de conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas, devendo para tal desenvolver as competências específicas no âmbito dos domínios:

cuida da pessoa com necessidades especiais, ao longo do ciclo vital, em todos os contextos da prática de cuidados; Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição na participação para a reinserção e exercício da cidadania; Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (OE, 2010, p. 2).

Deste modo, com a finalidade última de desenvolver as competências como EE e EEER acima referidas e procurar dar resposta à problemática escolhida, foi definido no projeto de estágio uma Planificação de Atividades (apêndice III). Nesta, foram estabelecidos objetivos gerais e específicos de estágio, bem como atividades e respetivos indicadores e critérios de avaliação, que nortearam o meu processo de desenvolvimento de competência e operacionalização de conhecimentos.

1.1 Descrição, análise e reflexão global sobre as atividades desenvolvidas e competências adquiridas no estágio da Vertente Respiratória

O estágio mais longo e que me permitiu ir de encontro à problemática específica da DPOC foi realizado no serviço de Pneumologia do Hospital de Santa Marta – CHLC. Este local de estágio foi selecionado por mim dentro do leque de possibilidades facultadas pela escola, pela sua aparente capacidade de resposta face às minhas necessidades formativas. A pertinência deste local de estágio acabou por ser constatada no momento de visita ao serviço e através da realização de entrevistas à Enfermeira Chefe e a uma das EEER, os guiões das mesmas encontram-se disponíveis no apêndice IV. Neste sentido, pude constatar que neste serviço a incidência de internamentos de pessoas com DPOC era muito elevado, tal como era expectável, o que se traduziu como um fator facilitador para a implementação do meu projeto.

Por outro lado, pude verificar desde logo a grande valorização da atuação do EEER neste serviço, existindo seis enfermeiros com a especialidade de enfermagem de reabilitação. Neste sentido, os cuidados de reabilitação eram garantidos quase de forma contínua nos vários turnos e durante o fim de semana. Neste serviço, o enfermeiro de reabilitação tinha doentes atribuídos, prestando cuidados de enfermagem de reabilitação interligando-os com os cuidados de enfermagem gerais, de acordo com as necessidades dos doentes.

Assim, relativamente ao objetivo específico **integrar de forma progressiva e gradual a equipa multidisciplinar, a dinâmica organizacional e o funcionamento do serviço de Pneumologia**, posso afirmar que foi alcançado com sucesso, graças às atividades desenvolvidas ao longo do meu percurso de aprendizagem, que se revelaram pertinentes e adequadas.

Pessoalmente, considero que atingir este objetivo foi essencial, para conseguir concretizar os restantes, assim como as atividades planificadas. Uma integração quer no âmbito da equipa, quer no âmbito da dinâmica e funcionamento do serviço é fulcral para que um estágio decorra com sucesso. Abreu (2007), identificou uma multiplicidade de fatores de contribuem para que um estágio de enfermagem decorra de forma positiva, entre eles menciona a promoção de um processo facilitador de integração na equipa de saúde, bem como nos cuidados aos doentes, recorrendo à reflexão, à crítica e ética no cuidar.

Foi fundamental nesta fase consultar no sistema de intranet as normas intra-hospitalares, assim como o sistema de realização de registos, pois tratava-se de uma realidade diferente daquela que conheço no meu local de trabalho. Os registos eram realizados através de sistema informático, utilizando a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão beta 2. Verifiquei que este sistema de registos tem como mais-valia dar maior visibilidade aos cuidados de enfermagem e promover ainda a continuidade dos mesmos, dado que as cartas de alta e de transferência de enfermagem eram geradas no mesmo sistema em suporte digital e com a mesma linguagem.

Assim, nesta etapa tomei conhecimento dos recursos humanos, materiais e físicos disponíveis no serviço, o que facilitou em muito a minha intervenção ao longo do estágio. Na integração no local de estágio estiveram presentes várias condicionantes facilitadoras, uma delas foi o facto de exercer funções num serviço da mesma especialidade, em que as patologias dos doentes internados, as necessidades e os cuidados prestados aos mesmos eram semelhantes às do local de estágio.

Uma outra condição favorável foi a forma como toda a equipa interdisciplinar me recebeu, com muita disponibilidade e compreensão. Consegui estabelecer com a mesma uma relação profissional positiva e assertiva e penso que a equipa, nomeadamente a Enfermeira Tutora procuraram proporcionar-me sempre que possível experiências enriquecedoras. Neste sentido, a consulta do plano diário de distribuição de doentes, tanto de enfermeiros como de assistentes operacionais, foi fundamental a fim de poder mais facilmente planear os cuidados de enfermagem e coordená-los com a equipa interdisciplinar.

Tal como defendido por Hesbeen (2010), embora a especialidade de reabilitação se encontre imbuída de saberes e técnicas, é no espírito que a anima que encontra a sua energia inesgotável, caracterizando-se pela atenção e ação particulares dirigidas à pessoa como ser singular. Para além do doente e sua família, o processo de reabilitação envolve múltiplos intervenientes e diversos profissionais, pelo que todos os elementos da equipa interdisciplinar, independentemente do lugar que ocupem na mesma, contribuem para a cultura de reabilitação.

Neste sentido, uma integração bem-sucedida de um EEER numa equipa interdisciplinar permite que os restantes elementos tomem consciência do seu papel como atores no processo de reabilitação, podendo agir como mediadores, tanto no

meio profissional, como na sociedade em geral para atenuar o peso de deficiência, da incapacidade e da diferença, unindo esforços na missão comum que é o desafio da reabilitação do doente e família (Hesbeen, 2010).

Assim, quanto à equipa médica, esta também valorizou a minha intervenção e sempre que oportuno, de forma mútua partilhámos informações acerca dos doentes, o que foi benéfico para o processo de recuperação dos mesmos, principalmente no que diz respeito ao planeamento do regresso a casa.

O mesmo sucedeu na interação com a assistente social, que permitiu a ambas o acompanhamento detalhado da situação social e familiar dos doentes que cuidava. De facto, como o enfermeiro passa mais tempo junto do doente e família, é conhecedor de determinadas particularidades da situação pessoal do doente e família a que a AS não tem acesso. Se não existir uma interdisciplinaridade eficaz, não é possível proporcionar uma resposta social adequada às reais necessidades da pessoa e família, assumindo-se que enfermagem e serviço social necessitam de mover esforços conjuntos para que tal seja possível.

Outros elementos da equipa interdisciplinar eram os fisioterapeutas, que habitualmente realizavam as suas intervenções aos doentes no período da manhã, altura em que eu me encontrava no serviço. Assim, procurei tomar conhecimento das suas intervenções por forma a promover a continuidade e complementaridade do programa de reabilitação do doente, dando ênfase não só à aquisição da funcionalidade mas também e, sobretudo à capacitação para o autocuidado.

Ao longo deste estágio, verifiquei que a intervenção do EEER no seio da equipa interdisciplinar é fundamental. Constatei como a sua tomada de decisão é determinante no âmbito da reabilitação do doente, funcionando como um elo de ligação entre todos os elementos da equipa interdisciplinar, possibilitando dar resposta às reais necessidades dos doentes e famílias. Por outro lado, é um elemento que promove o bom funcionamento e gestão no serviço, contribuindo de forma efetiva para a continuidade dos cuidados.

Para Hoeman (2011), no âmbito da gestão o EEER tem um intervenção importante na melhoria da qualidade dos cuidados promovendo a comunicação interdisciplinar através de reuniões de equipa. Deste modo, semanalmente era realizada uma reunião interdisciplinar na qual o EEER tinha uma intervenção valorizada, nesta dava a conhecer à equipa as potencialidades dos doentes e suas necessidades, bem como os seus progressos com vista o regresso a casa.

O EEER assume frequentemente a figura de profissional de referência do doente, que segundo Hesbeen (2010) normalmente é assumida por um profissional experiente que conhece as suas potencialidades, desejos e expectativas, funcionando como seu porta-voz junto da equipa de saúde. Neste sentido, o EEER, mais do que profissional de referência assume muitas vezes a posição de gestor de caso. Assim, o EEER como gestor de caso colabora com os restantes profissionais na tomada de decisões clínicas, tratamentos e cuidados tendo em vista o melhor interesse para o doente. A sua intervenção visa envolver a pessoa e família na tomada de decisão sobre os cuidados promovendo a sua autonomia, estabelecendo prioridades e executando cuidados de forma objetiva e sistemática. O método de trabalho baseado na filosofia de gestão de caso, tem como benefícios promover o cuidado holístico e humano ao doente e família, garantir a qualidade, reduzir o tempo de internamento e melhorar a relação custo/efetividade dos cuidados (Hoeman, 2011).

Na mesma linha de pensamento, compreendi que o EEER como enfermeiro conhecedor das limitações e necessidades do doente tem um importante papel na articulação entre unidade hospitalar e cuidados da comunidade. Assim, também identifiquei e realizei nesta fase de integração os procedimentos de acolhimento e de preparação para o regresso a casa. Para isso, foi fundamental identificar quais os principais obstáculos e dificuldades da pessoa e sua família, a fim de tornar a minha intervenção efetiva no âmbito da reabilitação, ajudando a pessoa a adotar estratégias adaptativas face à afeção do foro respiratório.

A integração neste serviço, permitiu-me assegurar o percurso de desenvolvimento de competências em todos os domínios definidos no RCCEE, nomeadamente nos domínios da melhoria contínua da qualidade e da gestão de cuidados. Permitiu-me também, a aquisição de competências mencionadas no regulamento das competências específicas do EEER (OE, 2010), nomeadamente no domínio referente ao cuidar da pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo vida, em todos os contextos da prática profissional.

Mas para que o meu processo de aprendizagem fosse consolidado de forma eficaz e as minhas intervenções fossem efetivas, foi necessário identificar as minhas potencialidades e limites pessoais e profissionais. Neste âmbito, surge o segundo objetivo por mim traçado, relativo ao **aprofundar conhecimentos de enfermagem**

de reabilitação na área dos cuidados à pessoa com patologia respiratória (com destaque à pessoa com DPOC e promoção do autocuidado).

Apesar de ter à partida um vasto conhecimento no cuidar da pessoa com patologia respiratória, no que diz respeito aos cuidados de enfermagem de reabilitação aos doentes com DPOC em particular, sentia ainda algumas lacunas que procurei superar através da revisão dos conteúdos lecionados no curso e realização de uma revisão da literatura. Mas o conhecimento é mais facilmente consolidado quando teoria e prática se complementam, e foi assim que com maior facilidade consegui adquirir com sucesso conhecimentos teórico-práticos que me permitiram prestar cuidados de reabilitação de qualidade. Braga (2007) refere que o aluno de enfermagem deve integrar o saber-ser e estar na sua aprendizagem, bem como o saber-conhecimento no saber-fazer, para atribuir sentido ao conhecimento conceptual no contexto da prática.

Por outro lado, a aquisição de competências requer que o EE demonstre de forma comprovada ter capacidade de utilizar o conhecimento, as aptidões e as capacidades pessoais, sociais, e/ou metodológicas em situações profissionais ou em contextos de estudo, para efeitos de desenvolvimento pessoal e/ou profissional (OE, 2011).

O desenvolvimento de competências e aquisição de conhecimentos, foram antes que tudo alcançados pela pesquisa bibliográfica e busca de oportunidades de aprendizagem. Procurei sempre que possível, prestar cuidados de enfermagem de reabilitação a doentes que apresentassem necessidades de reabilitação e de cuidados específicos, que constituíssem um desafio, sempre com vista ao meu desenvolvimento profissional. Procurei nas situações de prestação de cuidados, aplicar os conhecimentos detidos, aperfeiçoar a minha prática baseando-a na evidência científica e em saberes inovadores sobre as práticas de reabilitação, adaptando-os às necessidades do doente.

A partilha de conhecimento com a equipa de enfermagem e em particular com a Enfermeira Tutora, constituiu também um recurso fundamental, que me permitiu desenvolver as aprendizagens mais adequadas à planificação de atividades definidas, constituindo um veículo para adquirir e aprofundar conhecimentos.

No âmbito deste objetivo, tive ainda como pretensão assistir a ações de formação em serviço que decorressem durante o período de estágio, o que não se verificou. Neste sentido, identifiquei junto da equipa, em particular da Enfermeira

Tutora e Enfermeira Chefe, as principais necessidades de formação da equipa com o objetivo de eu própria desenvolver uma ação de formação em serviço.

O EEER como perito na sua área de competências, tem o dever de colaborar na formação da equipa de enfermagem, colaborando na formação formal ou informal de toda a equipa com o objetivo de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, particularmente na promoção da segurança do profissional e doente (Hoeman, 2011). Assim, identifiquei como necessidade formativa da equipa a temática da avaliação da dispneia. A dispneia "... é um termo utilizado para caracterizar uma experiência subjetiva de desconforto respiratório, que consiste em sensações qualitativamente distintas, variáveis na sua intensidade" (American Thoracic Society, 1995).

Constatei ao longo do estágio, que a equipa apresentava algumas discrepâncias referentes à avaliação deste sintoma, através da aplicação da Escala Modificada de Borg (anexo I). Na realidade, os enfermeiros tendem a avaliar a dispneia de acordo com a sua observação, influenciando por vezes a avaliação do doente, ou desacreditando a sua avaliação quando a mesma não corresponde ao esperado pelo profissional. Percebi que seria importante clarificar o conceito da dispneia e a sua subjetividade. Swarts (2010), refere que a dispneia é um sintoma subjetivo e a taquipneia por exemplo é um sinal objetivo, neste sentido, é possível o doente sentir dispneia na presença de frequências respiratórias elevadas e vice-versa.

Deste modo elaborei uma ação de formação acerca desta temática com o título: "*Dispneia – Da subjetividade à objetividade*" (apêndice V), e construí um instrumento em acrílico com a escala, que foi incorporado no monitor de sinais vitais a fim de promover e incentivar a avaliação deste sintoma. O facto de ter investido neste tema revelou-se uma mais-valia, ajudando-me a refletir e a melhorar a minha prática. A avaliação da dispneia utilizando escalas adaptadas ao doente no contexto da reabilitação, é facilitadora no sentido de compreender o impacto da doença no doente e permitir mensurar os benefícios das intervenções realizadas a longo prazo.

O cumprimento deste objetivo permitiu-me desenvolver competências como EEER uma vez que conduziu à realização de intervenções no âmbito de todos os domínios de competências comuns e específicas, determinados pela OE (2010), nomeadamente no contexto da doença respiratória. Sobretudo, a consecução deste objetivo permitiu-me desenvolver aprendizagens profissionais, sendo esta uma

competência definida pela OE no RCCEE (2010). Neste sentido, procurei basear a minha prática em padrões de conhecimento sólidos e válidos, intervindo na formação da equipa incentivando as boas práticas profissionais.

De acordo com a OE (2003, p.11) no Código Deontológico do Enfermeiro artigo 76º, nº1 alínea a) o enfermeiro na sua prática profissional tem o dever de “...exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem.”

No âmbito deste estágio estabeleci ainda como objetivo específico: **desenvolver competências e práticas de enfermagem de reabilitação junto da pessoa com patologia respiratória, especialmente com DPOC e sua família, de acordo com os princípios deontológicos e legais.**

Com o estabelecimento deste objetivo procurei desenvolver mais especificamente as competências no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal, descritas no RCCEE. Assim, procurei basear os meus cuidados no respeito pela pessoa, pela sua dignidade, sem fazer juízos de valor, independentemente da sua situação de saúde, social, familiar, respeitando as diferenças sociais, étnicas e religiosas. Neste sentido, também nas reuniões de passagem de turno e reuniões multidisciplinares procurei apoiar a tomada de decisão nos princípios éticos e deontológicos.

Na minha prática diária de prestação de cuidados, atendi sempre à privacidade da pessoa, nomeadamente durante os cuidados de higiene e eliminação e todas as intervenções de reabilitação que implicassem a exposição corporal.

Deparei-me ainda com situações concretas durante a prestação de cuidados, que me fizeram refletir sobre o direito à autonomia e autodeterminação em saúde do doente internado. Faço menção nomeadamente, do caso de um doente com quadro respiratório grave, que recusou a modalidade de tratamento proposta através de Ventilação Não Invasiva (VNI), apesar de lhe serem explicados os benefícios do mesmo. Esta situação remete para os princípios definidos no Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2005), onde é referida a obrigatoriedade do enfermeiro garantir o direito à autonomia e autodeterminação da pessoa, e o dever de informação, respeitando, defendendo e promovendo o direito da pessoa ao consentimento informado.

Remete ainda para os direitos do doente internado, nomeadamente o direito do doente dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer ato clínico ou participação em investigação ou ensino, podendo sempre recusar os cuidados que lhe são propostos (DGS, s.d).

Esta problemática foi discutida entre a equipa interdisciplinar, de modo a que se respeitasse a vontade do doente, tendo sido suspenso o tratamento proposto.

De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2005), no artigo 81º, este profissional deve abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida, o que nem sempre é fácil. Penso que conseguir compreender a complexidade deste tipo de problemáticas e adotar estratégias para geri-las, promovendo o bem-estar do doente, implica uma maturidade profissional, indispensável ao enfermeiro enquanto especialista, perito, gestor de conflitos e de situações de cuidados complexas, onde os conflitos éticos muitas vezes estão presentes.

Durante a prestação de cuidados, sempre que me deparei com situações similares, procurei respeitar a vontade dos doentes e famílias, envolvendo-os na planificação dos cuidados de enfermagem de reabilitação, ajustando as intervenções de acordo com os seus desejos, controlo do sintomas (nomeadamente a dispneia) e respeitando os momentos de repouso. Desta forma, consegui incentivar os doentes a colaborarem na realização da RFR e na Reeducação Funcional Motora (RFM), promovendo a sua autonomia e autocuidado. Constatei que é extremamente importante perceber a individualidade e particularidade de cada doente, desde a sua condição de saúde até mesmo o seu estado de espírito e motivação para o seu processo de reabilitação. Só assim, é possível planejar cuidados de reabilitação que tenham resultados efetivos.

Martins (2002), refere ainda que a família deve ser envolvida nos cuidados de enfermagem de reabilitação, no sentido de proporcionar a continuidade destes no processo no regresso a casa, contribuindo para que a pessoa de acordo com as suas capacidades e funcionalidade possa sentir-se útil apesar da sua limitação. Deste modo, o envolvimento da família nos cuidados de enfermagem constitui também um dever ético de qualquer enfermeiro. O Código Deontológico do Enfermeiro refere-nos assim no artigo 89º referente à humanização dos cuidados na

alínea a) que o enfermeiro tem o dever de “Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família...” (OE, 2005, p.141).

Dando continuidade ao meu projeto de estágio, estabeleci três objetivos que se encontram correlacionados entre si: **conceber, implementar e avaliar planos de reabilitação respiratória na pessoa com patologia do foro respiratório (em particular com DPOC); capacitar a pessoa com DPOC na readaptação ao esforço e otimizar os seus conhecimentos e competências, bem como da sua família para o autocuidado.**

Para tal, baseei a minha intervenção como futura EEER na filosofia da centralidade dos cuidados⁹. Assim, procurei recolher sistematicamente os dados relevantes dos doentes que cuidei, estando atenta às informações transmitidas nas passagens de ocorrências, consultando o processo clínico e os exames complementares de diagnóstico. Procurei discutir os planos de cuidados de reabilitação dos doentes alvo dos meus cuidados com a Enfermeira Tutora, afim de melhor gerir e priorizar os cuidados, direcionando-os às necessidades dos doentes. Silva, Fernandes e Padilha (2014), referem existir evidência que os EEER centram os cuidados de enfermagem de reabilitação na adaptação à doença e implicações individuais da mesma na pessoa, em vez de os centrarem na doença em si.

De acordo com Amendoeira et al (2003), a prestação de cuidados de enfermagem centralizados na pessoa, pressupõe uma avaliação estruturada da mesma com o objetivo de satisfazer as suas necessidades básicas, utilizando instrumentos de recolha de dados e métodos de planeamento dos cuidados tendo por base um modelo teórico. Neste sentido, relativamente à recolha de dados procurei realizá-la tendo sempre por base o referencial teórico de Orem, o que com o passar do tempo e com a prática diária se tornou cada vez mais fácil e intuitivo. Na realização da apreciação do doente, foi extremamente importante o recurso a escalas e questionários. Durante o estágio apliquei instrumentos de avaliação, nomeadamente a Escala Modificada de Borg aquando da avaliação subjetiva da Dispneia. Também recorri a outros instrumentos de avaliação preconizados pela DGS, na avaliação da pessoa com DPOC sendo estes: Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) – Escala de Ansiedade e Depressão (anexo II); Questionário de

⁹ a centralidade dos cuidados é uma filosofia de cuidados baseada na abordagem que envolve o planeamento, execução e avaliação de cuidados alicerçado em relações interpessoais com benefícios mútuos entre doente, famílias e profissionais de saúde, e pressupõe que a prestação de cuidados englobe as competências da família, o conceito de escolha, apoio/suporte, flexibilidade e *empowerment* (Green, 2008).

dispneia - Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire (anexo III); Escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL) (anexo IV); Euro QoL – Questionário de Qualidade de Vida (anexo V) e The St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ. Quality of life) (anexo VI).

O recurso a estes instrumentos constituiu uma mais-valia na avaliação do impacto da doença a nível psicossocial, qualidade de vida e capacidade para o autocuidado, o que permitiu compreender a pessoa como ser multidimensional e orientar de forma mais personalizada o plano de reabilitação. No contexto de doentes com outras doenças respiratórias crónicas, transpus também a utilização destas escalas por constituírem elementos facilitadores na avaliação do doente respiratório crónico.

Hoeman (2011), menciona também que a utilização de instrumentos de avaliação da funcionalidade e capacidade para o autocuidado, permitem determinar o estado funcional e assim as necessidades de cuidados, o que simplifica a planificação dos mesmos. Por outro lado, a utilização de instrumentos de avaliação possibilitam mensurar os *outcomes* em enfermagem, através de uma avaliação contínua do doente, permitindo ainda mensurar os progressos alcançados.

Relativamente à avaliação objetiva do doente com alterações do foro respiratório, desenvolvi conhecimentos e prática na realização da auscultação pulmonar. Com o avançar do estágio desenvolvi perícia na identificação dos diferentes sons pulmonares e no estabelecimento da sua relação com a avaliação subjetiva e resultados dos exames complementares de diagnóstico. Neste sentido, a leitura e interpretação imagiológica nomeadamente de radiografia tórax foi outra competência que, neste estágio consolidei especialmente pela partilha de conhecimentos neste domínio por parte da Enfermeira Tutora.

A circular normativa nº4/DGCG de 2005 descreve a DPOC como uma doença crónica de agravamento progressivo, sendo que nas fases avançadas devido à dispneia, a satisfação das atividades de autocuidado podem estar comprometidas (DGS, 2005). De facto, ao longo do estágio identifiquei que o doente com DPOC apresenta necessidades de cuidados, referentes ao autocuidado, com alteração da funcionalidade e consequente limitação da atividade e participação. Tendo em conta o Modelo Conceptual de Orem, constatei que a dispneia e fadiga experimentada pela pessoa, para além de condicionarem o cumprimento do requisito de autocuidado universal referente à manutenção de quantidade suficiente de ar,

também podem afetar os restantes requisitos. Tal constatação, vai de encontro com a evidência de um estudo de natureza fenomenológica realizado por Souza, Mantelli, Silva, Borenstein e Salvador (2005).

Neste contexto, encontrando-se numa situação de dependência, muitas vezes não experimentada até ao momento da agudização que motivara o internamento, a pessoa sente dificuldade em adaptar-se à transição¹⁰ de agente de autocuidado para recetor de cuidados, referente aos requisitos de desvio de saúde. Verifiquei particularmente que, na fase inicial do internamento e também tendo em conta a gravidade da DPOC, face ao défice de autocuidado, a pessoa necessitava frequentemente por parte da enfermagem do método de agir ou fazer pela pessoa, bem como guiar e orientar. Por vezes, assisti a pessoa nos cuidados de higiene na casa de banho, ou realizei este cuidado no leito, na mesma medida, também assisti ou substitui a pessoa na realização de outras atividades de autocuidado básico, referentes à alimentação, eliminação e mobilidade. Contudo, procurei pensar os cuidados sempre numa perspetiva reabilitativa, pois o objetivo do EEER vai muito além de substituir o doente nas suas atividades, visa sim, ajudar o outro sempre que possível não o substituindo, estimulando as suas competências e habilidades para o desempenho da sua autonomia e autocuidado (Hoeman, 2011).

Neste sentido, a RFR, o treino de exercício e a abordagem educacional, assumiram grande importância na minha intervenção como futura EEER, promovendo de forma gradual a restauração da função pulmonar, readaptação ao esforço e consequentemente capacitação para o autocuidado destes doentes.

Nesta linha, a todos os doentes que cuidei, elaborei planos de cuidados, procurando assentar a planificação dos mesmos no processo de enfermagem de Orem (2001), que compreende 3 passos: passo 1 – diagnóstico e prescrição; passo 2 – esboço dos Sistemas de Enfermagem e de um plano e Passo 3 – produção e controlo dos sistemas.

Assim, foi fundamental o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem tendo em conta o défice no cumprimento dos requisitos universais de autocuidado

¹⁰ transição “é a passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro, é um conceito multidimensional que engloba os elementos do processo, o intervalo de tempo e as percepções. O processo sugere fases e sequência, o intervalo de tempo indica um fenómeno em curso mas limitado e a percepção tem a ver com o significado da transição para a pessoa que a experimenta.”. (Chick & Meleis, 2010, p.25). Uma das categorias de transição segundo Meleis (2010) é a de saúde/doença em que a pessoa passa de um estado de bem-estar para um estado agudo ou de cronicidade da doença. Este processo pode acontecer no sentido inverso, em que no caso de doença crónica a pessoa passa da cronicidade para um novo estado de bem-estar que a engloba. O enfermeiro encontra-se numa posição em que lida frequentemente com a pessoa que atravessa processos de transição, sendo sua finalidade última promover e restaurar a saúde.

dos quais constava inevitavelmente sempre o requisito relativo à manutenção de ar. Através do estabelecimento de diagnósticos de enfermagem foi possível identificar a necessidade de colocar em prática o sistema total, parcialmente compensatório e/ou o sistema de apoio/educação, conforme o estadió da doença. Por fim, estabeleci planos de cuidados de reabilitação respiratória, nos quais contemplava a realização de RFR, introdução de treino de exercício de forma gradual e progressiva, no sentido de promover a reeducação ao esforço e o fortalecimento muscular.

Verifiquei que num doente com DPOC, numa fase de internamento em que a pessoa experiencia a agudização da doença, tanto no âmbito da RFR, como na realização de treino de exercício, as intervenções planeadas têm de ser introduzidas de forma gradual, de acordo com a intensidade da dispneia e grau de tolerância ao esforço do doente (Menoita & Cordeiro, 2012). À medida que a reabilitação respiratória, terapêutica instituída e cuidados de enfermagem surtiam efeito, o doente apresentava uma diminuição progressiva da intensidade da dispneia e melhoria da tolerância ao esforço. Deste modo, era possível aumentar diariamente a complexidade dos exercícios instituídos devido ao efeito positivo da reabilitação sobre a função muscular e respiratória.

No âmbito da RFR, os planos estabelecidos para cada doente foram adaptados de acordo com a situação clínica, comorbilidades e antecedentes do mesmo, identificando possíveis contraindicações (DGS, 2011). Deste modo, iniciava os exercícios junto dos doentes, efetuando técnicas de descanso e relaxamento, instruindo também os mesmos acerca da consciencialização e controlo da respiração.

Neste sentido, Olazabal (2003) refere que a consciencialização e controlo da respiração permitem o relaxamento superior do tórax e região escapular, contribuindo para o relaxamento psíquico e físico fundamental para uma ventilação eficaz. De facto constatei, durante a implementação das intervenções de reabilitação aos vários doentes que cuidei, que o relaxamento inicial é essencial para o sucesso das intervenções de RFR posteriores.

Por conseguinte, orientei os doentes no sentido de realizarem uma respiração com lábios semi-serrados dando ênfase ao tempo expiratório, com inspiração nasal e expiração pela boca. Hoeman (2011) refere que na pessoa com DPOC que apresenta hiperinsuflação, este tipo de respiração promove um esvaziamento completo alveolar. Por outro lado, Kisner e Colby (2005) referem que esta, diminui a

frequência cardíaca, aumenta o volume corrente e melhora a tolerância ao esforço. Neste âmbito, no sentido de melhorar a eficácia da ventilação estabeleci ainda o treino da respiração diafragmática.

Assim, também realizei técnicas de reeducação diafragmática, hemicúpulas, costal global com e sem bastão e seletiva. Progressivamente, introduzi a utilização de resistências (pesos e faixas elásticas) com vista a melhorar a performance da musculatura respiratória. As técnicas de reeducação, foram realizadas de acordo com a pertinência e capacidade funcional dos doentes, nas posições deitado e sentado.

Face à ineficácia da limpeza das vias aéreas, introduzi durante a RFR a realização de manobras acessórias nomeadamente compressões, percussões e vibrações. Também a associação de posições de drenagem postural, foi importante no sentido de promover a higiene brônquica provocando a drenagem de secreções pela ação da gravidade. Contudo, verifiquei que a drenagem postural clássica, não só no doente com DPOC mas também em outros doentes com dispneia, é difícil de ser tolerada, por implicar a posição de trendelenburg que agrava a sensação de falta de ar. Neste sentido, recorri frequentemente à drenagem postural modificada, melhor tolerada pelos mesmos. Hoeman (2011), neste âmbito refere existirem algumas contraindicações para a realização de drenagem postural clássica, como a instabilidade hemodinâmica, broncoespasmo e dispneia.

No que diz respeito ainda à higiene brônquica, realizei ensino de tosse dirigida, assistida ou do Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias (CATR). Este último combina o controlo da respiração, respiração diafragmática, exercícios de expansão torácica e técnica de expiração forçada, com o objetivo de mobilizar secreções (Machado, 2008). Também ensinei, treinei e validei com o doente o uso do espirómetro de incentivo como dispositivo de ajuda de mobilização de secreções, sendo este o único recurso disponível no serviço para o efeito.

Nos doentes que não apresentavam mecanismos de tosse eficaz e com vista a melhorar a ventilação, tive oportunidade de utilizar o *Cough Assist*. Este, através da alternância de ciclos de pressão positiva (insuflação) e negativa (aspiração de secreções), facilita a mobilização das secreções para a orofaringe (Branco, Barbosa, Cantista, Lima & Maia, 2012). Após a mobilização das secreções, ou o doente as expelia autonomamente, ou nos casos de maior debilidade procedi à aspiração das mesmas.

No contexto do treino de exercício, considero que o mesmo revelou efeitos muito significativos na promoção da autonomia e autocuidado nos doentes com DPOC. Neste sentido, implementei exercícios recorrendo a um instrumento (anexo VII) criado pelos EEER do serviço, onde era possível selecionar e registar os exercícios pertinentes a serem realizados pelo doente respiratório. Os exercícios eram introduzidos de forma gradual, de acordo com a tolerância do doente. Cada sessão era iniciada com exercícios de aquecimento e alongamento, seguidos de exercícios de fortalecimento que promoveram a mobilidade torácica e o fortalecimento não só da musculatura respiratória, mas também de outros grupos musculares, promovendo ainda a correção postural.

Por outro lado, o ensino da respiração durante o exercício foi muito importante, explicando a importância de expirar durante o esforço e inspirar no repouso, reduzindo assim a fadiga durante a atividade física. Na realização destes exercícios, recorri à utilização de equipamentos como halteres, bastão e faixa elástica para o treino dos membros superiores e de pedaleira para treino dos membros inferiores. Os doentes revelaram sentir que o recurso a estes equipamentos constituía uma mais-valia, tornando os exercícios mais dinâmicos e interessantes. Make (2004) refere que o treino de exercício, inserido no programa de reabilitação respiratória tem efeitos positivos na dispneia, diminui o consumo de oxigénio, da frequência cardíaca e respiratória e aumenta a tolerância ao esforço. As intervenções realizadas permitiram, cuidar da pessoa com necessidades especiais e maximizar a funcionalidade e desenvolver as capacidades da pessoa, sendo estes domínios de competências que a OE considera que o EEER cumpra na sua prática profissional (OE, 2010).

Apesar de o propósito deste estágio estar centrado no desenvolvimento de competências de reabilitação no âmbito da vertente respiratória, ressalvo que a minha intervenção junto da pessoa e família teve em consideração uma visão holística. Assim, verifiquei que devido ao ciclo da inatividade desencadeado pela dispneia, muitos dos doentes com DPOC apresentavam diminuição da força, da massa muscular, assim como do equilíbrio. Foi deste modo crucial, investir na reabilitação motora aquando do treino de exercícios, promovendo não só a reeducação ao esforço mas também o fortalecimento muscular.

Para promover o autocuidado no doente com patologia respiratória, nomeadamente a DPOC é fundamental introduzir uma abordagem educacional

sistematizada, que permita ao doente não só compreender a doença e o seu tratamento, como promover a modificação dos comportamentos e estilos de vida, e sobretudo desenvolver estratégias de auto-controlo dos sintomas.

Deste modo, forneci orientações ao doente sobre técnicas de conservação de energia. Estas possibilitam ao doente realizar todas as atividades de autocuidado que implicam esforço, nomeadamente no âmbito do seu cuidado pessoal, atividade profissional, social e familiar (DGS, 2009). Assim, desenvolvi técnicas educacionais úteis como realizar a higiene pessoal e o vestir e despir sentado, usar posições de descanso sentado e em pé e realizar as atividades de maior esforço de forma repartida durante o dia. Neste âmbito, realizei aquando do treino de exercício, o treino de marcha com aferição de débito de oxigénio em esforço, bem como treino de subida de escadas ensinando o doente a subir um degrau de cada vez e a expirar na subida e inspirar no repouso. O treino de subida de escadas, revelou-se fundamental, naqueles doentes que apresentavam dificuldade em sair de casa por viverem em prédios sem elevador. Constatei que com esta intervenção os doentes conseguiam melhorar a sua tolerância ao esforço. Procurei assim, durante o internamento compreender as barreiras existentes no contexto domiciliário, preparando o doente para conseguir superá-las.

A educação referente às técnicas de conservação de energia, conjuntamente com a RFR e o treino de exercício, proporcionaram o suprimento dos requisitos universais de autocuidado da pessoa relativos ao equilíbrio entre atividade e repouso, equilíbrio entre solidão e interação social e desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais (Orem, 2001). Souza, Mantelli, Silva, Borenstein e Salvador (2005), concluíram no seu estudo que a interação social e familiar se encontram afetadas na pessoa com doença respiratória crónica como a DPOC, relacionadas com o défice de autocuidado. Neste sentido, a intervenção do EEER permite a promoção do autocuidado e reinserção familiar e social dos mesmos. Por outro lado, a sua intervenção no âmbito da reabilitação respiratória, melhora a capacidade funcional destes doentes, permitindo a reinserção e exercício da sua cidadania, como descrito num dos domínios do regulamento das competências específicas do EEER (OE, 2010).

Ainda no que diz respeito à educação para a saúde, promovi a otimização de conhecimentos da pessoa com DPOC promovendo o *empowerment*, de forma a capacitá-la para o autocuidado, nomeadamente para a gestão eficaz das

complicações da sua doença. Nesta linha, o ensino de exercícios de RFR, técnicas de limpeza das vias aéreas e treino de exercício, foram realizados no sentido de serem realizados de forma autónoma pelo doente no internamento e no domicílio, como forma de promover o controlo sintomático. A gestão terapêutica, nomeadamente inalatória sendo fundamental para a gestão dos sintomas da doença (Menoita & Cordeiro, 2012), foi outra temática educacional que procurei introduzir ao longo da minha prestação de cuidados a estes doentes.

Deste modo, realizei uma Sessão de Educação para a Saúde (SES) subordinada à temática da “inaloterapia” (apêndice VI). A maioria dos doentes internados, nomeadamente os portadores de DPOC, tinham terapêutica inalatória prescrita, porém identifiquei nestes, défices de conhecimento e dificuldades/dúvidas na sua auto-administração, o que se repercutia negativamente na otimização e eficácia dessa terapêutica no controlo da doença. A SES foi individualizada, de acordo com as necessidades específicas e terapêutica inalatória prescrita a cada doente. Foram utilizados o método expositivo e o método demonstrativo. Após ensinar e treinar a técnica de administração, realizou-se a validação de todo o ensino. Deste modo, a avaliação dos conhecimentos transmitidos foi realizada através da aplicação de uma Check-List elaborada por mim (apêndice VII), em que se observava e avaliava o desempenho do doente no momento em que este realizava a auto-administração dos inaladores. Nestas sessões, os doentes aceitaram e validaram as suas dificuldades e identificaram técnicas e comportamentos a alterar, compreendendo a importância da inaloterapia no tratamento e gestão da sua patologia respiratória.

Ainda neste âmbito educacional, programei a elaboração de material de apoio escrito, nomeadamente folhetos acerca de um tema pertinente de acordo com as necessidades levantadas junto dos doentes. Contudo, a equipa já dispunha de elevado e variado número de folhetos feitos por eles ou por alunos anteriores, pelo que a Enfermeira Tutora e eu mesma considerámos não ser relevante elaborar um documento desta natureza.

Uma outra questão sobre a qual procurei estar sensível na prestação de cuidados de reabilitação ao doente com DPOC, foram as alterações no âmbito nutricional. Constatei, ao longo dos cuidados aos vários doentes com DPOC, alterações a nível nutricional, evidenciando estes emagrecimento e astenia. Menoita e Cordeiro (2012), referem que o doente com DPOC pode apresentar um

desequilíbrio entre ingestão de alimentos e gasto energético que se encontra aumentado pelo recurso a músculos acessórios na respiração.

Verifiquei, tal como os autores acima também referem, que estes casos de desnutrição eram associados a dificuldades na ingestão de alimentos associadas à dispneia, tosse e aumento de expectoração. Por outro lado, o aumento da expectoração conduz a uma perda substancial de proteínas. Neste sentido, a reabilitação respiratória assume um importante papel no cumprimento do requisito de autocuidado relativo à ingestão adequada de líquidos e alimentos, na medida em que reduz a sintomatologia da doença. Foi importante portanto, identificar estas situações e proporcionar suplementação calórica e proteica aos doentes, solicitando a colaboração da dietista e equipa médica, e ainda fornecendo ao doente e família orientações no sentido de manter em contexto domiciliário uma dieta apropriada (DGS, 2009).

Um outro assunto alvo da minha reflexão e atenção ao longo do estágio foi o impacto psicossocial da doença. Constatei que alguns doentes a que prestei cuidados, apresentavam sintomas de ansiedade e depressão que foram mensurados através da escala HADS, sendo a mesma implementada no momento de admissão dos doentes, a meio do internamento e no dia da alta.

A ansiedade e depressão na pessoa com DPOC, resultam na maioria dos casos da presença de dispneia, sendo que a depressão surge associada à incapacidade e limitações impostas pela doença (DGS, 2009).

Considero que estes sintomas podem comprometer o cumprimento dos requisitos de autocuidado universais de prevenção de perigos à vida e promoção de desenvolvimento do ser humano de acordo com o potencial humano e as limitações conhecidas (Orem, 2001). Os doentes mais deprimidos e ansiosos mostravam-se quase sempre menos recetivos e motivados para a reabilitação, comprometendo a sua recuperação, neste contexto a intervenção do psicólogo foi crucial. Rudkin (2005), refere que os doentes do foro respiratório que se apresentam mais inadaptados ao programa de reabilitação respiratória são aqueles que possuem comorbilidades que limitam a sua capacidade de participação, e que os doentes motivados apresentam maior sucesso e ganhos funcionais.

Por outro lado, alguns doentes que inicialmente se encontravam mais deprimidos, à medida que viam resultados positivos com a reabilitação respiratória, demonstravam progressivamente maior motivação e menor grau de ansiedade e

depressão, comparando os scores da escala HDAS no início, meio e final do internamento. Godoy e Godoy (2002), verificaram através de um ensaio clínico que um programa de reabilitação respiratória, melhora de forma significativa os níveis de ansiedade e depressão.

Neste sentido, a minha intervenção como futura EEER aos doentes e suas famílias, no âmbito da reabilitação respiratória, apesar de não produzir efeitos diretos no processo fisiopatológico da doença, foi benéfica no controlo sintomático. Senti que as minhas intervenções foram valorizadas pelos doentes e famílias, face ao reconhecimento do impacto positivo que as mesmas teriam na qualidade de vida pós-alta.

A preparação para o regresso a casa foi também uma vertente alvo da minha preocupação ao longo do estágio. Deste modo, no sentido de tornar a minha intervenção mais efetiva, tentei começar a preparação para a alta desde o momento do acolhimento, intervindo nos aspetos educacionais anteriormente descritos. Deste modo, tinha como objetivo que os doentes com DPOC e familiares compreendessem como poderiam gerir a dificuldade respiratória durante a satisfação das necessidades relacionadas com a higiene pessoal, eliminação, alimentação e deambulação, capacitando-os para o autocuidado. Xiaolian, Chaiwan, Panuthaí, Yijuan, Lei e Jiping (2002) concluíram na realização do seu estudo, que a pessoa com DPOC maiores níveis de suporte familiares, estavam positivamente relacionados com a adoção de comportamentos de autocuidado.

O Doente com DPOC principalmente nos estadios mais avançados, apresenta compromisso das trocas gasosas que pode condicionar a necessidade suplementação de oxigénio e/ou VNI, não apenas na fase de agudização da doença, mas de forma permanente e em contexto domiciliário. Assim, foi fulcral na preparação para o regresso a casa sempre que pertinente, desenvolver ainda educação na área da VNI e oxigenioterapia, de forma a habilitar o doente e a família, informando-os acerca do funcionamento e manutenção destes equipamentos (DGS, 2009).

Julgo que a preparação para o regresso a casa deve ser entendida como um processo contínuo e dinâmico, não sendo reservada ao último dia de internamento do doente, o que no contexto particular do doente com DPOC poderá contribuir para a redução das exacerbações e dos reinternamentos, assegurando o sucesso do regresso ao domicílio e no reassumir do seu autocuidado. De acordo com Mestrinho

e Antunes (2013) referindo Silva (2007), existe evidência científica que aponta para a falta de planeamento das altas no contexto de cuidados de saúde em Portugal, relacionada sobretudo com a falta de comunicação entre as equipas de saúde, o que prejudica gravemente a continuidade dos cuidados.

De facto, tal como defendido por Pereira (2013), são múltiplos os fatores que influenciam o regresso a casa do doente dependente no autocuidado, tais como a duração do mesmo, a diversidade de necessidades afetadas que requerem cuidados de enfermagem, o apoio insuficiente aos familiares e a falta de informação sobre os recursos disponíveis, o que muitas vezes se reflete nos cuidados aquando do regresso a casa.

Considerei ao longo do estágio, a família como elemento a incluir na planificação e planeamento de regresso a casa da pessoa com DPOC. Neste âmbito, procurei criar com a mesma um ambiente de diálogo e empatia, dando espaço à verbalização de dificuldades e dúvidas fornecendo o suporte educacional adequado às necessidades do doente. Verifiquei que os familiares/cuidadores dos doentes com DPOC em estadios mais avançados, ou mesmo em fase terminal da sua doença apresentavam, frequentemente desgaste físico e emocional, relacionado com o estado de dependência progressivo associado à cronicidade da doença. Para além de necessidades educacionais relativas aos processos de gestão da doença do seu familiar, estas famílias apresentavam necessidade de suporte emocional que procurei proporcionar em parceria com a equipa interdisciplinar. Hesbeen (2010) refere que o EEER se encontra numa posição privilegiada, que lhe permite identificar nos cuidadores situações de sobrecarga física, emocional ou mesmo depressão, promovendo educação no sentido de os ajudar a desenvolver estratégias de *coping* para lidar com situações de maior complexidade relacionadas com os cuidados diretos ao doente.

Neste âmbito a intervenção do EEER é fundamental, dado que é o elemento da equipa multidisciplinar que mantém uma permanência constante e continua junto do doente e família, detendo competências específicas de forma a conduzir um processo de transição eficaz do ambiente hospitalar para o domicílio. Com vista à preparação para a alta, o EEER promove o *empowerment* da pessoa com DPOC, envolvendo ainda a família neste processo.

No âmbito dos cuidados de saúde, a articulação de cuidados¹¹ entre diferentes instituições, nomeadamente hospital e Centros de Saúde, é fundamental para garantir a qualidade dos cuidados e dar continuidade ao processo de reabilitação dos doentes com necessidades de reabilitação.

Neste sentido, estabeleci também como objetivo de estágio **promover a continuidade dos cuidados de reabilitação respiratória através da articulação com a comunidade.**

Para Machado, Silva e Santos (2010), a cronicidade de doenças como a DPOC associada a um planeamento da alta eficaz e atempado, garante a existência de instituições/recursos alternativos de apoio ao doente na comunidade, permitindo tempos de internamento mais curtos, com redução dos custos e benefícios para o doente e família.

Neste âmbito, quando confrontada com situações de alta clínica de doentes com doença respiratória, nomeadamente DPOC, que apresentassem necessidade de continuidade de cuidados de reabilitação, procurei articular as minhas intervenções com as dos colegas dos CSP da área de proveniência dos doentes, quando o destino da alta era o domicílio.

Desta forma, sempre que possível estabeleci contacto telefónico com o EEER da comunidade, a fim de informar sobre as alterações no estado de saúde e as necessidades de cuidados de enfermagem inerentes, nomeadamente relativas aos cuidados de reabilitação. Também realizei cartas de alta/transferência, onde toda a informação foi descrita detalhadamente (motivo de internamento, planificação dos cuidados de enfermagem e avaliação dos mesmos). Assim, era possível garantir a compreensão da situação do doente e a continuidade de cuidados no contexto domiciliário, por parte da equipa de enfermagem da comunidade que o acompanhava. Nesta, incluía as avaliações e intervenções realizadas pelo EEER, bem como os resultados obtidos por forma a serem continuados os programas de reabilitação iniciados no internamento. Sousa (2005) refere que nesta matéria, existem algumas lacunas na forma como a informação é disponibilizada e transmitida entre instituições, o que influencia negativamente a tomada de decisão e continuidade dos cuidados de enfermagem.

¹¹ articulação de cuidados é "...um sistema que admite na sua estrutura diversas instituições formais e informais, publicas e privadas, as quais, se devidamente articuladas entre si, concorrem, cada uma com a sua especialidade, para a prestação adequada de cuidados aos clientes dos serviços de saúde" (Bilro, 2004, 196).

Durante o estágio senti algum constrangimento na realização da articulação com o EEER da comunidade, uma vez que nem sempre a mesma se processava como idealizei. Por vezes, não foi possível estabelecer contacto telefónico diretamente com o EEER da comunidade, por o mesmo não se encontrar contactável, ou se encontrar assoberbado com o enorme volume de trabalho referente à prestação de cuidados. Neste tipo de situações, a continuidade dos cuidados de reabilitação era garantida essencialmente pela informação transmitida na carta de alta. De facto, Machado, Siva e Santos (2010) nas conclusões no seu estudo apontam ser ainda uma realidade a carência de EEER no contexto dos CSP.

No que diz particularmente respeito à articulação entre EEER do hospital e dos CSP, relativo aos doentes com DPOC penso que este ainda é pouco efetivo, tal como comprovado pelos autores acima referidos. A realidade, é que esta articulação acontece essencialmente quando o doente se encontra em estadios mais avançados, apresentando compromisso elevado no autocuidado, ou quando apresenta associadas necessidades de cuidados de enfermagem relacionadas ao tratamento de feridas. Considero que seria pertinente, promover esta articulação mesmo no caso de doentes que se encontram na fase inicial da doença, a fim de serem acompanhados na comunidade, nomeadamente relativamente a cuidados de reabilitação. Assim, seria possível a longo prazo atuar a nível de uma melhor gestão da doença, nomeadamente através de adoção de estilos de vida saudáveis (ex: desabituação tabágica) e controlo sintomático, evitando a progressão da doença, responsável pelo compromisso gradual no autocuidado e as agudizações que motivam aos reinternamentos.

Para além da articulação estabelecida com os enfermeiros da comunidade, também promovi a continuidade de cuidados de reabilitação no contexto de situações de transferências para outros hospitais, ou serviços dentro do mesmo centro hospitalar.

Em outros casos, nomeadamente doentes com DPOC que apresentavam maior grau de dependência, estes foram referenciados à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados ¹² (RNCCI). Nesta referenciação, a avaliação realizada por mim como futura EEER, foi importante a fim de determinar as

¹² de acordo com o decreto-lei nº 101/2006 referente à regulamentação da RNCCI, cuidados continuados integrados são "...o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social."

alterações da funcionalidade, trabalhando em parceria com a assistente social, no sentido de identificar o tipo de cuidados ou unidade de internamento que melhor poderia dar resposta às necessidades do doente.

Procurei promover a continuidade dos cuidados entre hospital e estruturas da comunidade mas também dentro do serviço, pelo que elaborei registos informaticamente usando linguagem CIPE. Contudo, também utilizei os instrumentos de registo de reabilitação em suporte papel. O registo em formato papel manteve-se no contexto da intervenção do EEER, por os elementos do serviço considerarem de maior facilidade de consulta para poderem dar continuidade aos cuidados de reabilitação turno após turno. Contudo, Goossen (2000) referindo Henry et. al (1994) indica que os registos de enfermagem em suporte papel são limitativos em termos da promoção da continuidade dos cuidados. Estes centram-se exclusivamente na perspetiva da enfermagem, enquanto os novos sistemas de registos eletrónicos interligam a informação da equipa multidisciplinar e permitem monitorizar a qualidade dos cuidados.

Para promover a continuidade dos cuidados, participei também ativamente na passagem de ocorrências, onde transmitia os cuidados de enfermagem prestados, dando ênfase ao programa de reabilitação instituído, afim de este ser continuado nos turnos seguintes.

1.2. Descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas e competências adquiridas no estágio da Vertente Sensório-Motora

O estágio da Vertente Sensório-Motora decorreu no serviço de Neurologia do Hospital de Santa Maria-CHLN. Tal como sucedeu na vertente respiratória, a escolha deste local de estágio foi precedida da realização de entrevistas à Enfermeira Chefe e EEER (apêndice VIII).

Neste serviço, e relativamente ao objetivo específico **integrar de forma progressiva e gradual a equipa multidisciplinar, a dinâmica organizacional e o funcionamento do serviço**, como esta enfermaria em particular se situava na mesma instituição onde desempenho funções, a integração tornou-se um pouco mais facilitada. As normas intra-hospitalares e a filosofia de cuidados eram-me familiares, pelo que foi necessário menos tempo para me integrar. Necessitei de me inteirar apenas das normas e protocolos específicos do serviço de Neurologia, como por exemplo o protocolo de trombólise em doente com Acidente Vascular Cerebral (AVC) Isquémico.

A integração decorreu na primeira semana, durante a qual consegui inteirar-me dos recursos físicos e materiais do serviço, bem como dos recursos humanos. A equipa de enfermagem contemplava três EEER, uma delas sendo segundo elemento do serviço dava apenas apoio à gestão. As outras duas EEER, dedicavam-se exclusivamente à prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação aos doentes internados.

Nesta etapa integrei-me na equipa interdisciplinar nomeadamente, assistentes operacionais, enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, terapeutas da fala e assistente social. No seio da equipa multiprofissional constatei que os EEER, nomeadamente a Enfermeira Tutora, tem um papel dinamizador funcionando como elo de ligação entre os vários elementos da equipa interdisciplinar, intervindo de forma determinante para o bom funcionamento do serviço. De igual forma como no estágio decorrido no serviço de Pneumologia, verifiquei que nas reuniões interdisciplinares a avaliação do EEER era determinante na tomada de decisão relativa ao programa de reabilitação e planeamento para o regresso a casa do doente.

Também na primeira semana pude compreender a importância e impacto da intervenção do EEER aos doentes com diversas afeções do foro neurológico e suas famílias. Assim, pela diversidade de afeções neurológicas apresentadas por estes

doentes, senti necessidade de estabelecer outro objetivo que diz respeito a: **aprofundar conhecimentos de enfermagem de reabilitação na área dos cuidados à pessoa com alterações sensório-motoras/neurológicas e sua família.**

Este objetivo foi colmatado através de pesquisa bibliográfica e revisão de conteúdos lecionados nos semestres anteriores. Direcionei o meu estudo no âmbito das afeções mais frequentes no serviço, nomeadamente patologias de neurologia geral como: Guiliam Barré; Esclerose Múltipla; Esclerose Lateral Amiotrófica; Epilepsia e Doença de Parkinson e neurologia vascular como: AVC¹³; Acidente Isquémico Transitório e Hemorragia Subaracnoídea.

Para solidificar estes conhecimentos, foi importante a partilha de conhecimentos e experiências da Enfermeira Tutora que me permitiram integrar a teoria na prática, rentabilizando ao máximo as oportunidades de aprendizagem. Deste modo, procurei basear a minha prática na evidência científica, com objetivo de dar resposta às reais necessidades da pessoa e família. Assim, foi possível para mim, desenvolver competências no domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais descritas no RCCEE (OE, 2010).

Tal como no estágio decorrido na Pneumologia, a minha prestação de cuidados procurou sempre ir ao encontro da centralidade dos cuidados, respeitando ainda as competências preconizadas no RCCEE e Regulamento das Competências do EEER (OE, 2010).

Determinei ainda, no âmbito deste estágio o objetivo referente a **prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia do foro sensório-motor/neurológico e sua família.**

Apesar de ter realizado cuidados de reabilitação a doentes com diferentes afeções neurológicas, opto por centrar a minha descrição, análise e reflexão nos cuidados de reabilitação ao doente com AVC, pelo predomínio da minha intervenção aos mesmos durante o estágio.

No caso da pessoa que sofre um AVC o processo de reabilitação deve ser implementado precocemente, desde o momento que são identificadas as manifestações e défices instalados pela situação de doença (Hesbeen, 2003).

¹³ o AVC ocorre quando parte do cérebro é subitamente danificada ou destruída, devido a uma interrupção ou bloqueio da circulação sanguínea, sendo que esta lesão provoca o aparecimento súbito de sintomas ou sinais focais e neurológicos que perduram para além das 24 horas, a não ser que a morte ocorra (Martins, 2006).

Oliveira, Salina e Annunziato (2001), aludem que inicialmente a neuroplasticidade é maior, devendo intensificar-se os programas de reabilitação na fase aguda.

Tal como sucedeu no estágio da vertente respiratória, procurei realizar as colheitas de dados de forma sistematizada, elaborando planos de cuidados dirigidos às necessidades da pessoa e família. Por outro lado, procurei promover a continuidade dos cuidados participando nas passagens de ocorrências e realizando registos de enfermagem relativos aos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados a cada doente. Deste modo, era possível que toda a equipa tomasse conhecimento da evolução do doente, em especial no que diz respeito ao programa de reabilitação implementado.

Na avaliação inicial do doente, foi importante a realização do exame neurológico (avaliação do estado mental, avaliação dos pares cranianos, motricidade, sensibilidade, equilíbrio e marcha). A utilização de escalas foi fundamental na apreciação do doente com patologia neurológica. Assim, utilizei para avaliar o estado de consciência a Escala de Glasgow (anexo VIII), a força muscular a Escala de Lower (anexo IX) e o tônus muscular a Escala Modificada de Asword (anexo X). Utilizei ainda para avaliar a habilidade do doente para a realização do autocuidado o índice de Barthel (anexo XI) e a Medida da Independência Funcional (MIF) (anexo XII). Para avaliação da disfagia recorri à escala Gugging Swallowing Screen (GUSS) (anexo XIII) e utilizei ainda a escala do AVC, a Nacional Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) (anexo XIV), que permitiu avaliar a gravidades dos défices instalados e os progressos, sendo importante a sua aplicação para a planificação dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Constatei que após a instalação das alterações neurológicas decorrentes do AVC, surgiam várias sequelas, nomeadamente: motoras (hemiparésia e hemiplégia); em termos de sensibilidade; equilíbrio; alimentação; eliminação; comunicação e alterações emocionais. Assim, também verifiquei que os doentes apresentavam várias necessidades de reabilitação, a fim de recuperarem a sua função e/ou se adaptarem às limitações instaladas.

Na alteração da mobilidade, planeei intervenções no sentido de prevenir a instalação do padrão espástico, realizando posicionamentos terapêuticos que facilitaram a integração do esquema corporal e da lateralidade (Menoita, 2012). Também foram realizadas mobilizações passivas, ativas-assistidas ou ativas, de acordo com as capacidades funcionais e necessidades do doente, que segundo

Branco e Santos (2010, promovem o aparecimento da sensibilidade, aumentam o grau de força muscular, mantêm e melhoram a amplitude articular, prevenindo a instalação de complicações decorrentes da imobilidade a nível músculo-esquelético.

A realização de atividades terapêuticas no leito, como o rolar na cama, a ponte, a facilitação cruzada, as auto-mobilizações e a carga no cotovelo, foram fundamentais. Estas revelaram-se importantes para aumentar a força muscular, sensibilidade e tónus, capacitando a pessoa para a realização de transferência e levante. Relativamente ao levante, sempre que o estado clínico o permitiu e dependendo da capacidade funcional do doente, foi realizada com ajuda total ou parcial a transferência para o cadeirão. Procurei sempre que possível, que o levante fosse realizado com o doente descalço para promover a estimulação sensitiva (Menoita, 2012).

Na transferência cama-cadeira e cadeira- cama, tive em consideração que o doente saísse da cama pelo lado mais afetado e entrasse pelo lado menos afetado. Todos estes procedimentos tiveram em atenção o contexto em que o doente vivia, tornando mais fácil todo o processo para a preparação do regresso a casa.

Foi realizado treino de equilíbrio estático, sentado no leito e posteriormente dinâmico, recorrendo à utilização de bola suíça. Por conseguinte, foi realizado treino de equilíbrio estático em pé, e após aquisição do mesmo, realizava treino de equilíbrio dinâmico, como preparação para a marcha. O treino de marcha foi iniciado, sempre que verificava que a pessoa conseguia permanecer na posição de pé e mantendo uma postura corporal correta.

Para iniciar o treino de marcha, foi fundamental a realização de exercícios de fortalecimento da musculatura dos membros inferiores e correção da postura corporal. Sempre que era necessário, foram introduzidos produtos de apoio como o tripé, andarilho ou canadiana de auxílio à marcha. Neste sentido, e com vista a preparação para o regresso a casa, foi importante realizar apoio educacional à família, fornecendo orientações apropriadas para que se realizasse a adaptação do domicílio, que permitisse à pessoa ser participativa na sua vida familiar e social (Branco & Santos, 2010).

Uma outra alteração que estes doentes apresentavam, diz respeito à negligência do hemicorpo afetado. A fim de promover a reintegração do esquema corporal, procurei estimular o lado afetado através da abordagem sempre por aquele

lado e execução de facilitação cruzada, colocando os objetos do lado afetado (Menoita, 2012).

Quanto às alterações sensoriais, estudos experimentais com animais mostram que um ambiente enriquecido em estímulos ajuda o cérebro a recuperar de lesões neurológicas (Ribeiro, 2005). Deste modo, promovi a estimulação sensorial no doente com hipostesia, recorrendo a dispositivos com diferentes texturas, de forma a promover a recuperação da sensibilidade tátil.

As alterações da mobilidade e sensibilidade condicionam a realização do autocuidado básico relacionado com as AVD e o cuidado de si mesmo, como a higiene, alimentação e eliminação, tal como comprovado por um estudo realizado por Welmer, Von Arbin, Murray, Holmqvist e Sommerfeld (2007). Deste modo, a reabilitação da função motora assume primazia, possibilitando à pessoa ser autónoma.

No que diz respeito à higiene pessoal destes doentes, a sua realização pelo EEER é importante, na medida em que se trata de um momento em que é possível este observar a capacidade da pessoa neste autocuidado básico. Tendo em conta o regresso a casa, foi também fulcral envolver a família, tomando conhecimento das condições existentes no domicílio e alertando para a existência de alguns produtos de apoio que podem ser utilizados e aplicados na casa de banho, bem como algumas técnicas facilitadoras que podem ser utilizadas.

No treino de vestuário adaptado aos compromissos motores e/ou sensitivos de cada doente, estimulei sempre que possível a pessoa a participar, ou mesmo realizar esta atividade. Por outro lado, procurei respeitar o tempo necessário para a sua realização, a escolha do vestuário e a sua privacidade, valorizando as suas decisões, hábitos e preferências.

Relativamente ao compromisso na alimentação, este está relacionado frequentemente com a parésia facial, em especial do ramo inferior em que se verifica o desvio da comissura labial e apagamento do sulco nasogeniano. Para alimentar estes doentes, foi fundamental não só adaptar a textura dos alimentos, mas também coloca-los na cavidade oral no lado oposto da parésia e fornecer líquidos através de palhinha. Na reeducação da parésia facial, nos intervalos da refeição instruí o doente a colocar os lábios como que a sobrar ou assobiar, a fim de reeducar os músculos da face e melhorar a sua função que é determinante na alimentação (Hoeman, 2011).

No compromisso da alimentação a disfagia, segundo Martins (2006) pode levar à aspiração de alimentos, líquidos e saliva, culminando frequentemente em pneumonias de aspiração. Assim, foi importante fazer uma avaliação da disfagia com recurso à aplicação de Escala de GUSS, para identificar o tipo de disfagia e identificar quando seria seguro a introdução da alimentação por via oral. Por vezes numa fase inicial, e perante a disfagia a todas as consistências de alimentos, houve necessidade de recorrer à entubação nasogástrica. No âmbito do compromisso da alimentação, foi também importante a avaliação do controlo da posição da cabeça e a utilização de uma colher pequena para fornecer pequenas porções de alimentos de cada vez durante a alimentação. Para evitar a aspiração dos alimentos, foram utilizadas manobras de controlo do bolo alimentar como a manobra de Mendelshon. Uma vez que o doente com AVC pode apresentar défices na concentração e atenção, foi essencial proporcionar que as refeições se realizassem em lugar sossegado como no quarto, com o objetivo de manter a atenção do doente no processo de deglutição (Menoita, 2012; Hoeman, 2011).

Na eliminação a intervenção do EEER é também fundamental, no sentido de treinar a pessoa com alteração sensório-motora para a continência. O doente com AVC apresenta na maior parte das vezes uma bexiga neurogénica desinibida, neste âmbito o treino comportamental reveste-se de grande relevância (Branco, 2009). A reeducação comportamental visa promover a antecipação das micções, estabelecendo horários de acordo com os líquidos ingeridos (Hoeman, 2011).

De acordo com Branco e Santos (2010), o AVC conduz frequentemente ao aparecimento de obstipação, devido à diminuição da atividade peristáltica reflexa do intestino. Assim, tive sempre em atenção no momento de admissão do doente conhecer os seus hábitos intestinais antes da situação de internamento, de forma a compreender o padrão intestinal esperado. Para promover a eliminação intestinal de acordo com o padrão habitual, procurei levar a pessoa à casa de banho aproveitando o reflexo ortostático e gastrocólico. A instituição de uma dieta rica em fibras e ingestão adequada de líquidos foi fundamental, tendo ainda sido importante sensibilizar o doente e família neste sentido, de forma a promover um padrão intestinal regular.

Verificaram-se ainda nestes doentes alterações na comunicação, como a disartria e a afasia. De acordo com Branco e Santos (2010), a afasia é a perda da memória dos símbolos da linguagem falada e a disartria está relacionada com a

desordem da motilidade dos músculos do aparelho fonador. No doente com disartria, o treino da musculatura da face foi fulcral sendo que na maioria dos casos, pude constatar os benefícios destes exercícios, em que a emissão das palavras se tornava mais perceptível, conseguindo-se uma melhor articulação das mesmas. Foi fundamental ainda dar tempo e proporcionar um ambiente calmo à pessoa para comunicar, pois apesar de por vezes estar mais lenta, e ter dificuldade em comunicar, esta deve ter oportunidade de se expressar (DGS, 2000).

Para além das alterações já mencionadas e que se relacionam diretamente com a lesão, constatei que o doente com AVC apresenta alterações emocionais habitualmente relacionadas com sentimentos negativos como: medo; ansiedade; frustração; raiva; tristeza e uma enorme angústia perante as perdas físicas e psicológicas. Estes sentimentos representam uma resposta psicológica e emocional face aos défices e alterações instalados. Por outro lado, a própria lesão de estruturas cerebrais, também pode contribuir e ser responsável por algumas das alterações emocionais e de personalidade (Silva, 2010). De facto, as alterações emocionais e comportamentais decorrentes do AVC podem ter um efeito devastador, representando um obstáculo à participação no programa de reabilitação (Martins, 2006).

Assim é objetivo do EEER facilitar o processo de adaptação à nova situação, de forma a otimizar as capacidades existentes e treinar formas alternativas e adaptadas da pessoa vítima de AVC para desempenhar as tarefas habituais, minorando os sentimentos negativos face à doença.

Por outro lado como futura EEER, procurei estabelecer programas de reabilitação individualizados, no sentido de promover a máxima independência da pessoa, tornando-a parceira ativa no processo de cuidados, envolvendo também a família/cuidador. Assim, realizei cuidados com o objetivo de satisfazer as suas reais necessidades e tendo em conta as suas expetativas, promovendo o *empowerment* e assim a autonomia, capacitando-a para o autocuidado.

Neste sentido, o EEER tem uma intervenção que promove o reassumir do papel de agente de autocuidado, ajudando a pessoa com AVC a superar a incapacidade de forma a suprir os requisitos universais de autocuidado. A minha intervenção no serviço de Neurologia teve como objetivo manter ou melhorar as capacidades da pessoa, prevenindo complicações e assim habilitar a mesma e sua família para o autocuidado, recorrendo aos sistemas de enfermagem propostos por

Orem (2001). Branco e Santos (2012, p.127) neste sentido, compreendem que “...uma família envolvida é essencialmente uma família esclarecida e cooperante, uma família unida é certamente menos ansiosa, mais confiante e responsável pela assistência à pessoa.” Na realidade, o envolvimento da família foi crucial no planeamento do regresso a casa da pessoa com AVC, sendo que à mesma eram fornecidos conhecimentos e informações, de forma a prepará-la quando necessário para a continuidade dos cuidados à pessoa no domicílio, de acordo com a situação de dependência.

Perante as sequelas devido ao AVC, pessoa e família “...sofrem transformações importantes que podem tocar a organização hierárquica, a atribuição de papéis, o jogo de autonomia/dependência...” (Martins, 2002, p.149). Deste modo, como futura EEER procurei estar atenta não apenas ao modo como a pessoa se encontrava a viver e aceitar a sua incapacidade, mas também à forma como a família experienciava este acontecimento e o seu impacto no seio familiar. Atendendo que cuidar de uma pessoa dependente é sempre uma tarefa de grande desgaste físico e psicológico, procurei facultar aos familiares prestadores de cuidados um conjunto diversificado de “...conhecimentos, capacidades e suporte que lhes permitisse enfrentar as tarefas inerentes ao cuidar, de forma a que a pessoa se sentisse capaz e motivada para responder aos desafios de saúde” (Petronilho, 2007, p.47).

Verifiquei no momento da visita, que a família face à situação de dependência do seu familiar, frequentemente adotava uma postura de superproteção procurando substituir a pessoa nas suas atividades. Promovendo uma abordagem reabilitativa, expliquei à família que o ideal seria para além de promover o suporte à pessoa, procurar manter dentro do possível a sua autonomia estimulando as suas competências e potencialidades.

Assim, no âmbito da educação o EEER como perito na sua área de atuação, recorrendo aos métodos de ajuda propostos por Orem (2001), compete-lhe habilitar a pessoa com AVC e família ensinando, instruindo e treinando técnicas e estratégias promotoras do autocuidado (Branco & Santos, 2011). Deste modo, à família foram fornecidos competências essenciais para que pudessem prestar cuidar à pessoa de forma responsável e segura no contexto domiciliário. Neste âmbito, instruir a pessoa e família a recorrer de ajudas técnicas como talheres, copos e pratos adaptados para auxiliar na alimentação, calçadeiras, barras de apoio nos sanitários, constituem

exemplos de elementos facilitadores no autocuidado, promovendo a autonomia pessoal e a qualidade de vida.

Por outro lado, e com o objetivo de preparar o regresso a casa, como futura EEER valorizei as capacidades funcionais da pessoa em detrimento das suas limitações. Tinha assim como objetivo, permitir que a deficiência causada pela alteração da funcionalidade, não se repercutisse na incapacidade de ser ativo, possibilitando à pessoa retomar, na medida do possível, o dinamismo familiar e social anterior à instalação das sequelas. Neste sentido, a eliminação de barreiras assumiu extrema importância, nomeadamente no ambiente do domicílio. O EEER conhecendo os défices instalados, pode assim instruir a família para a adaptação das mobílias ou espaços da casa, possibilitando a mobilidade da pessoa com auxílio de produtos de apoio na marcha quando necessário. Assim, será possível a pessoa com alteração na mobilidade, por exemplo, sentar-se à mesa durante as refeições ou assistir televisão na sala, fomentando a autonomia, os laços familiares, a autoestima e integridade social como concluíram Loureiro, Couto e Sobral (2010) num estudo fenomenológico. No que diz respeito à reintegração comunitária, é essencial que o EEER promova a capacidade de realizar atividades relacionadas com a interação com o ambiente e resolução de problemas comuns à vida em sociedade, como limpar a casa, utilizar os transportes públicos e realizar atividades de lazer fora de casa (Branco & Santos, 2010).

A reinserção familiar, social e laboral, é deste modo uma preocupação constante do EEER, que no âmbito das suas competências capacita a pessoa com limitação da atividade, na reinserção e exercício da cidadania, maximizando a sua funcionalidade (OE, 2010).

Por outro lado, tomei consciência que a minha intervenção constituía apenas o início do percurso de reabilitação destes doentes. Penso, que o EEER do contexto hospitalar neste serviço reabilita a pessoa ainda numa fase aguda, a sua intervenção precoce é fundamental no processo de recuperação funcional do doente. Contudo, face a uma política de cuidados de saúde em que se espera uma redução do tempo médio de internamento, a intervenção do EEER necessita de ser continuada após a alta hospitalar, no contexto do domicílio ou de outras instituições de saúde, onde possa ser efetivada a reabilitação funcional e capacitação para o autocuidado da pessoa e/ou família.

Para determinar qual o encaminhamento da pessoa na pós-alta, era realizada uma avaliação conjunta pelo EEER, médico assistente, assistente social do serviço e equipa de gestão de altas do hospital. Deste modo, frequentemente os doentes eram referenciados para unidades de reabilitação da RNCCI. Porém, na maior parte das vezes ficavam a aguardar temporariamente vaga no domicílio, devido ao número de camas existentes nestas unidades ser insuficiente face às necessidades reais da população portuguesa. Outra situação comum, era a sua transferência para centros de reabilitação, como o Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, onde seria dada continuidade ao processo de reabilitação. Neste sentido, procurei estabelecer a articulação necessária com as estruturas recetoras, promovendo a comunicação clara e efetiva proporcionando a continuidade de cuidados de reabilitação, de forma a ir de encontro às necessidades da pessoa e sua família.

2. AVALIAÇÃO DO PERCURSO FORMATIVO

Em retrospectiva, a elaboração deste relatório surgiu como uma oportunidade de refletir acerca do meu processo formativo, realizando uma análise reflexiva deste percurso através da exposição das atividades e aprendizagens realizadas, e seu contributo para o meu desenvolvimento enquanto futura EEER. A realização dos estágios, permitindo-me adquirir competências no âmbito pessoal e profissional que me permitiram a realização de cuidados de enfermagem especializados.

Ao longo do meu percurso de aprendizagem, quer no serviço de Pneumologia (vertente respiratória), quer no serviço de Neurologia (vertente sensório-motora), pude desenvolver competências comuns a todos os EE, adquirindo novas e aprofundadas capacidades de conceção, gestão e supervisão de cuidados, desenvolvendo um exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria, indo ao encontro dos domínios preconizados pela OE.

Tive ainda oportunidade de desenvolver competências específicas, que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstradas através prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação adequados às necessidades de saúde dos doentes com DPOC ou patologia do foro sensório-motor/neurológico.

Refletindo acerca do processo de aprendizagem, constatei a importância do EEER no seio da equipa interdisciplinar, sendo este um elo de ligação entre os vários profissionais de saúde, contribuindo para cuidados que visam a resolução de problemas e promoção do autocuidado da pessoa. Para isso, utiliza técnicas de reabilitação específicas e intervém na educação do doente e família, no planeamento da alta, continuidade de cuidados e reintegração da pessoa na família e comunidade, assegurando o direito à dignidade e à qualidade de vida. Por outro lado, constatei a sua importância no contexto da formação em serviço sendo um elemento dinamizador promovendo a reflexão, o desenvolvimento profissional e a melhoria dos cuidados. De acordo com Hoeman (2011, p.20) o EEER assume diversos papéis incluindo "...o de educador, conselheiro, gestor de caso,

investigador, defensor dos direitos dos utentes, capacitador/facilitador, moderador, líder, perito e membro da equipa.”

Ao longo dos estágios estiveram presentes pontos fortes e pontos fracos sobre os quais reflito de seguida.

Quanto a pontos fortes desta fase da minha formação, tenho a destacar a disponibilidade das Enfermeiras Tutoras que me acompanharam em ambos os estágios. Os conhecimentos e experiências que partilharam comigo foram fundamentais na minha aprendizagem. Também os restantes profissionais de saúde com que lidei nesta etapa, contribuíram positivamente para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Outro aspeto positivo, foi a oportunidade que a Enfermeira Tutora no estágio desenvolvido na Pneumologia me proporcionou de planificar e elaborar uma ação de formação, tendo como população alvo Assistentes Operacionais e desenvolvida no contexto do Centro de Formação do CHLC. Neste sentido, elaborei uma formação em colaboração com a minha tutora com o tema: “*Boas Práticas no Transporte e Movimentação de Doentes*”. Esta experiência integrou uma atividade não planeada e constituiu um desafio, que me permitiu aumentar a confiança como formadora e me possibilitou desenvolver competências pedagógicas, com vista a melhoria da qualidade dos cuidados a nível institucional. Esta atividade, constituiu uma mais-valia na aquisição das competências do domínio da melhoria da qualidade mencionadas no RCCEE, baseando a minha prática em padrões de conhecimento sólidos e diversos (OE, 2010).

Outro ponto forte que considero ter estado presente durante o meu desenvolvimento de competências, foi o facto de esclarecer doentes e famílias de forma assertiva e confiante, sustentando as minhas intervenções e orientações numa base sólida de conhecimento, transmitindo aos mesmos segurança e confiança. De facto, averigui em alguns casos que a família ou mesmo o doente me procuravam como profissional de referência relativamente às expetativas relativas à reabilitação.

Neste percurso deparei-me com algumas limitações, que constituíram pontos fracos no meu processo de aprendizagem. Um aspeto que constituiu uma limitação, esteve relacionado a articulação com a comunidade em que constatei grande dificuldade em comunicar com o EEER deste contexto, confirmando-se a evidência apurado por Machado, Silva e Santos (2010) quanto ao défice de enfermeiros

detentores desta especialidade nos CSP. Consegui referenciar os doentes que cuidei, e que de acordo com a minha avaliação necessitavam de cuidados de reabilitação na pós-alta, mas nem sempre no contacto que estabeleci com o Centro de Saúde me foi possível falar com o EEER. Contudo, a elaboração de uma carta de alta de enfermagem pormenorizada, foi uma estratégia que adotei no sentido de colmatar a dificuldade do contacto telefónico.

Por outro lado, outra dificuldade sentida esteve relacionada com a abordagem das questões da sexualidade nos doentes que cuidei, tanto no estágio desenvolvido no serviço de Pneumologia, como no serviço de Neurologia. No doente do foro respiratório, nomeadamente com DPOC, a dispneia e a fadiga podem comprometer a sexualidade (DGS, 2009). Junto de alguns doentes que cuidei e com os quais desenvolvi uma relação de ajuda, procurei abordar este tema, com o objetivo de fornecer orientações úteis no sentido de permitir que a pessoa mantivesse uma vida sexual com a melhor qualidade possível. Contudo, apesar de os mesmos confidenciarem que a patologia respiratória influenciava negativamente a sua vida sexual, sempre que eu procurava fornecer alguns conselhos, estes evitavam o assunto. Considero, que na maior parte das vezes a diferença de género constituiu uma barreira à abordagem deste tema.

No caso dos doentes com alterações do foro sensório-motor, a dificuldade sentida foi idêntica. Porém, penso que neste caso a dificuldade esteve relacionada com a pessoa estar ainda perante a fase aguda da doença. Os doentes aos quais prestei cuidados de reabilitação estavam ainda a tentar ultrapassar/aceitar este processo de transição saúde-doença, não demonstrando ainda desejo em abordar esta temática junto dos profissionais de saúde. Para Bia (2008) as disfunções sexuais na pessoa com AVC podem decorrer diretamente da lesão ou devido a fatores psicossociais como a depressão. Por outro lado, as lesões mais graves conduzem à dificuldade do posicionamento e mobilidade durante o ato sexual.

Neste contexto prático da minha formação, consegui compreender a relevância da intervenção do EEER, junto da pessoa e família. O mesmo assume importância fulcral na promoção da autonomia e autocuidado da pessoa. Remetendo para o meu projeto de formação, considero que a minha intervenção junto da pessoa com DPOC lhe conferiu competências úteis para a gestão da doença com consequente diminuição da dispneia, reeducação ao esforço, capacitando-a para o seu autocuidado.

No âmbito do tema do projeto que desenvolvi considero que é necessário edificar uma nova perspetiva do doente respiratório, nomeadamente referente à problemática da promoção do autocuidado na pessoa com DPOC. Constatou-se, que na maioria das vezes se procura atuar na reabilitação da função respiratória, menosprezando as implicações que a pessoa vive no cumprimento dos restantes domínios de autocuidado. Assim, o EEER deve prestar cuidados centralizados na unidade do cuidar (doente e família) individualizados, promovendo as capacidades adaptativas da pessoa na satisfação do autocuidado, envolvendo a família e/ou cuidadores. Neste sentido, não se deve descurar a promoção das capacidades da pessoa, no que diz respeito à reinserção na vida familiar, social e laboral, por vezes esquecidas ou menos valorizadas pela equipa de saúde do contexto hospitalar (Machado, Silva & Santos, 2010).

Assim, outro aspeto que penso que deve ser mais explorado nas equipas de saúde relativamente ao doente com DPOC, é a preparação para o regresso a casa, devendo esta iniciar-se no momento da admissão, promovendo a articulação com as estruturas e recursos da comunidade adequados a cada doente. Neste âmbito, a intervenção do EEER assume destaque pelo seu importante contributo na promoção da recuperação funcional e autocuidado da pessoa, o que constituiu também um benefício a nível de ganhos em saúde e redução de encargos económicos.

No que diz respeito à continuidade dos cuidados no contexto da comunidade, penso que se deve atribuir maior destaque a esta questão. Deste modo, seria fundamental a implementação de projetos efetivos e regulamentados, que promovessem a continuidade dos programas de reabilitação desenvolvidos no hospital, no contexto da comunidade e domicílio do doente. De facto, Augusto et al (2002, p. 47) refere que "...a prestação de cuidados continuados é um direito fundamental, já que a inoperância desta continuidade poderá condicionar o sucesso de todo o empenho da equipa de cuidados, verificando-se uma rutura na sua assistência e conseqüentemente retrocesso na sua recuperação."

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em jeito de conclusão, considero que todo este percurso foi vivido de forma intensa, tendo desenvolvido em mim o espírito de reabilitação que me acompanhou e ajudou a atribuir um sentido à minha aprendizagem e aos cuidados prestados. Nesta linha de pensamento, Hesbeen (2003) refere que para atribuir sentido aos cuidados é necessário que estes vão ao encontro da vontade e desejo do recetor de cuidados. Para Collière (2003, p.134), "...o cuidar é acompanhar as passagens da vida (...) estimular, desenvolver capacidades, manter, conservar, compensar o que não está bem (...) supõe interrogar-se acerca do que deve ser acompanhado, ou seja, situar o que torna os cuidados necessários." O EEER, é deste modo, um profissional idóneo na identificação do potencial da pessoa na satisfação das suas necessidades, caminhando com ela no sentido de promover a sua autonomia.

Neste âmbito, pude operacionalizar o projeto de formação e dar resposta à problemática que me propus estudar, compreendendo qual o contributo do EEER na promoção do autocuidado da pessoa com DPOC. Considero, que foi também possível responder aos problemas parcelares, por mim delineados.

Neste seguimento e, no que concerne à identificação das necessidades de autocuidado da pessoa com DPOC, verifiquei que dependendo do estadiamento e agudização da doença, assim o compromisso na realização das atividades de autocuidado se encontravam afetadas. As necessidades de autocuidado comprometidas numa primeira instância referem-se ao cumprimento do provimento suficiente de ar, sendo que, devido à dispneia e à fadiga podem progredir para o compromisso na realização das atividades de autocuidado pessoal referentes por exemplo à higiene, alimentação e eliminação. Verifiquei ainda, a existência de repercussões na satisfação dos requisitos relativos à atividade, interação social e na promoção do funcionamento e desenvolvimento humano, onde para além da dispneia, a ansiedade e a depressão podem estar a par da incapacidade de participar ativamente na vida familiar, social e laboral.

Identifiquei neste âmbito, que o EEER é impar na sua intervenção, prestando cuidados de reabilitação que promovem o autocuidado e autonomia destes doentes.

Concluo assim, que o EEER na realização de todo um programa de reabilitação respiratória, designadamente RFR, treino de exercício e intervenção educacional, promove o restabelecimento da função respiratória, da reeducação ao esforço, contribuindo para a gestão da doença, capacitando a pessoa com DPOC para o autocuidado.

Para que a intervenção do EEER junto da pessoa com DPOC seja efetiva, é essencial implicar a família nos cuidados, fornecendo orientações no sentido de facilitar todo o processo de reabilitação e adaptação à doença.

Na mesma linha, é fulcral que a articulação entre contexto hospitalar e da comunidade seja eficaz, e neste o EEER tem toda a responsabilidade, a fim de promover a continuidade dos cuidados de reabilitação e adaptar as intervenções às necessidades reais do doente e família, tendo em conta o contexto domiciliário. O modo com é possível tornar real esta articulação efetiva, depende na minha opinião sobretudo, da determinação e persistência dos EEER na melhoria contínua da qualidade dos cuidados por si prestados, promovendo a continuidade dos cuidados, trabalhando em parceria com as equipas interdisciplinares.

No contexto do desenvolvimento de competências e aprendizagens no contexto da prática, verifiquei que as intervenções que implementei foram promotoras do autocuidado, sendo que a aplicação de escalas, permitiu mensurar o efeito das mesmas em matéria dos vários requisitos de autocuidado determinados por Orem (2001).

Quanto a perspetivas de desenvolvimento e como forma de dar continuidade ao percurso por mim iniciado, proponho-me a manter uma postura de *continuum* desenvolvimento profissional e pessoal. No contexto da minha prática de cuidados de enfermagem, tenho como pretensão englobar os conhecimentos e competências adquiridas, com vista a restabelecer a função e capacitar a pessoa para o autocuidado. Neste sentido, pretendo manter uma constante atualização dos conhecimentos, com o objetivo de realizar cuidados de forma consciente, refletida e tendo por base a evidência científica. Deste modo, tenho como pretensão, prestar cuidados centrados na pessoa e família tendo em conta as suas reais necessidades, respeitando a sua dignidade e privacidade. Neste processo, considero ser fundamental o estabelecimento de uma relação empática e da ajuda que permitirá compreender as dificuldades e sentimentos de quem cuido e me ajudará a personalizar os cuidados.

Pretendo ainda, prestar cuidados de reabilitação, promovendo a continuidade dos cuidados dentro do serviço, bem como relativamente ao regresso a casa, através da articulação com as estruturas da comunidade. Neste sentido, proponho-me a motivar a equipa no sentido de atribuir maior relevância a esta questão.

Tenho intenção também, de investir na investigação em enfermagem de reabilitação no contexto do meu serviço, no sentido de produzir evidência científica que dê visibilidade à intervenção do EEER, nomeadamente no cuidar da pessoa com patologia respiratória. De facto, constatei durante este percurso a escassez de artigos científicos em Portugal que evidenciem e comprovem o benefício da intervenção do EEER nos vários contextos de cuidados de saúde.

O meu percurso de estágio, teve por base a reflexão e análise crítica, permitindo-me alcançar os objetivos propostos, bem como desenvolver as competências como futura EEER. Ao terminar esta etapa, sinto que este não é o fim, mas sim apenas o iniciar de novos caminhos que pretendo percorrer com o objetivo da promoção da autonomia, autocuidado e qualidade de vida da pessoa e família que cuido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.
- Almeida, A., Aguiar, M. & Martins, C. (2010). Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. In Almeida, A. (Editor). *Pneumologia Clínica III* (209-258). Lisboa: AtralCipan.
- Amendoeira, J., Barroso, I., Coelho T., Santos, I., Godinho, C., Saragoila, F. ... Filipe, D. (2003). *Os instrumentos Básicos na Construção da disciplina de Enfermagem – Expressões e Significados*. [Trabalho de Investigação elaborado pelo Grupo de Investigação e Desenvolvimento de Enfermagem em Ação (GIDEA) da Escola Superior de Enfermagem de Santarém].
- American Thoracic Society (1995). Dyspnea: mechanisms, assessment, and management: A consensus statement. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*.159. 321-340.
- Anderson, R. & Funnell, M. (2010) Patient empowerment: Myths and misconceptions. *Patient Education and Counseling*. 79. 277– 282.
- Augusto, B., Rodrigues C., Rodrigues C., Rodrigues, E., Simões, F., Ribeiro, C.,...Gomes, M. (2002). Cuidados Continuados – *Família, Centro de Saúde e Hospital como parceiros no cuidar*. Coimbra: Formassau.
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Bia, F. (2008). Reabilitação da sexualidade após acidente vascular cerebral – esperança para o amor. *Nursing*. (235). 6-14.

- Bilro, M. (2004). Articulação de cuidados. In F. Regateiro (autor). *Enfermagem Oncológica* (pp. 195-202). Coimbra: Formassau.
- Braga, M. (2007). *O primeiro ensino clínico em contexto hospitalar – enquadramentos e níveis de ansiedade dos alunos de enfermagem*. Braga: Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Filosofia de Braga.
- Branco, P., Barbosa, J., Cantista, M. Lima, A. & Maia, J. (2012). *Temas de Reabilitação – Reabilitação Respiratória*. Porto: Servier.
- Branco, T. & Santos, R. (2010). *Reabilitação da pessoa com AVC*. Coimbra: Formassau.
- Branco, T. (2009). Estratégias na Incontinência Urinária – Novas Abordagens. *Sinais Vitais*. 83. 16-23.
- Brennan, P. & Safran, C. (2005). Empowered Consumers. In Lewis D., Eysenbach, G., Kukafka, R. Stravi, P., Jimison, H. (ed.). *Consumer Health Informatics. Informing Consumers and Improving Health Care*. (pp. 8-21) s.l.: Springer Science and Business Media.
- Chick, N. & Meleis, A. (2010). Transitions: a nursing concern. In A. Meleis (ed.), *Transitions Theory, middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. (pp.24-38). New York: Springer Publishing Company.
- Conselho Internacional dos Enfermeiros. (2011) *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem Versão 2* (Castro H., Trad.) Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. (tradução do original do inglês International Classification for Nursing Practice, 2010).
- Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória – Conceitos, Princípios e Técnicas*, Loures: Lusociência.

Costa, D. (2003). *Qualidade de Vida: Resultados de uma Intervenção Social*. Porto: Faculdade de Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Cote, C. & Celli, B. (2006). Pulmonary rehabilitation and the BODE index in COPD. *European Respiratory Journal*. 26. 630–636.

Decreto-lei nº 101/2006 de 6 de Junho (2006). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da Republica I Série, Nº 109 (6/06/2006) 3856-3865.

Deodato, S. (2004). A Excelência do Exercício. Perspetiva Ética e Deontológica. *Ordem dos Enfermeiros*. 15. 26-30.

DGS (2000). *Viver após um Acidente Vascular Cerebral*. Lisboa: DGS

DGS (2005). *Circular Normativa nº 04/DGCG. 17/03/05*. Programa Nacional de prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Acessível em DGS, Lisboa, Portugal.

DGS (2009). *Circular Informativa nº 40ª/DSPCD 27/10/09*. Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). Acessível em DGS, Lisboa, Portugal.

DGS (s.d). Carta dos direitos dos doentes Internados. Acedido a 24/03/2014. Disponível: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Carta_Direitos_Doente_Internado.pdf

Godoy, D. & Godoy, F. (2002). Redução nos níveis de ansiedade e depressão de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) participantes de um programa de reabilitação pulmonar. *Jornal de Pneumologia*. 28 (3). 120-124.

GOLD (2013). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease.

- Goossen, W. (2000). Uso de registos eletrónicos dos pacientes para colher conjuntos mínimos de dados baseados numa terminologia unificada de Enfermagem. *Enfermagem*. 18. 5-23.
- Green, S. (2008). Significance of the Philosophy of Family- Centered Care. *School of Nursing Scholarly Works*. 49.
- Hesbeen, W. (2010). *A Reabilitação: Criar Novos Caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados esperados* (4ª ed.). Loures: Losodidacta.
- Kelleher, H., Perker, R., Abdulwadud, O. & Francis, F. (2009). Systematic review of the effectiveness of primary care nursing. *International Journal Nursing Practice*. 15. 16-24.
- Kisner, C. & Colby, L. (2005). *Exercícios terapêuticos: Fundamentos e Técnicas*. 4ª Edição. Lisboa: Manole.
- Leal, F. (2001). Intervenções de Enfermagem no Acidente Vascular Cerebral. In: Padilha, J. et. al (autores) *Enfermagem em Neurologia*. (pp-131-151). Coimbra: Formassau.
- Loureiro, C., Couto, G. & Sobral, S. (2010). Estratégias adaptativas face à incapacidade permanente em Contexto. In Costa, de Acidente Vascular Cerebral. In Costa, M., Gomes, B. & Martins M. (cords). *Enfermagem de Reabilitação* (51-77). Coimbra: Formassau.
- Machado, M. (2008). *Bases da Fisioterapia Respiratória: Terapia Intensiva e Reabilitação*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- Machado, C., Silva, R. & Santos, S. (2010). Articulação e Continuidade de cuidados no cliente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. In Costa, M., Gomes, B. & Martins M. (cords). *Enfermagem de Reabilitação* (51-77). Coimbra: Formassau.

- Magalhães, M. (2009). O Processo de Cuidados de Enfermagem à pessoa com deficiência ventilatória crónica – DPOC: da evidência científica à mudança de práticas. *Revista Investigação em Enfermagem*. (Ago.) 26-39.
- Make, B. (2004). Pulmonary Reahabilitation. In J. Crapo, J. Glasstoth, J. Karlinsky & T. King (eds.), *Baum's textbook of pulmonary diseases* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Martins, M. (2002). *Uma crise accidental na família: o doente com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de Vida e Bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formassau.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Research and Practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Menoita, E. (Cord.) (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um Envelhecer Resiliente*. Loures: Lusociência.
- Menoita, E. & Cordeiro, M. (2012). Patologia Respiratória Obstrutiva: Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. In M. Cordeiro & E. Menoita (cord.). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória*. (pp. 251-276). Loures: Lusociência.
- Mestrinho, M. & Antunes, L. (2013). *A Investigação nos Contextos de Trabalho*. Loures: Lusociência.
- NICE. (2010). *Chronic obstructive pulmonary disease: Management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care*. National Clinical Guideline Centre - Acute and Chronic Conditions. UK: Royal College of Physicians of London.
- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR). (2009). *Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias*. Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. Fundação Portuguesa do Pulmão.

Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR). (2011). *Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. Observatório Nacional das Doenças Respiratórias*. Fundação Portuguesa do Pulmão.

Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR). (2012). *Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. Observatório Nacional das Doenças Respiratórias*. Fundação Portuguesa do Pulmão.

Olazabal, M. (2003). Métodos de Limpeza das Vias aéreas. In M.Gomes & R. Sotto-Maior (Cord.). *Tratado de Pneumologia* (Vol I) (1807-1812). Lisboa: Permanyer Portugal.

Oliveira, C., Salina, M. & Annunciato, N. (2001). Fatores Ambientais que influenciam a plasticidade do SNC. *Acta Fisiatrica*. 8 (1) 6-13.

OMS (2003). *CIF: Classificação internacional da funcionalidade, incapacidade e saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

OMS (2005). *Prevenção de Doenças Crónicas um investimento vital*. s.l. : Formatos.

Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2003) - *Do caminho percorrido e das propostas*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem Dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem Dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Caderno Temático – Modelo de desenvolvimento Profissional: documental de operacionalização de competências e programas formativos. Progressividade e etapas*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice*. (6th ed. ed.). St. Louis: Mosby.
- Pereira, I. (2013). *Regresso a casa - Estrutura da ação de Enfermagem*. Lisboa: Universidade Católica.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado – Conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Ribeiro, N. (2005). O ambiente terapêutico como agente otimizador na neuroplasticidade em reabilitação em pacientes neurológicos. *Diálogos Possíveis*. 2. 107-117.
- Ries, A. L., Bauldoff, G. S., Carlin, B. W., Casaburi, R., Emery, C. F., Mahler, D. A., . . . Herrerias, C. (2007). Pulmonary Rehabilitation: Joint ACCP/AACVPR Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *CHEST*, 131 (5) 4S-42S.
- Rudkin, S. (2005). Reabilitação respiratória. In G. Esmond. *Enfermagem das Doenças Respiratórias*. Loures: Lusociência.
- Schulz, A., Israel, B., Zimmerman, M. & Checkoway, B. (1995). *Empowerment as a multi-level construct: perceived control at the individual, organizational and community levels*. Health Education Research.
- Silva, P. (2010). *Reabilitação após o AVC*. Apresentada na Faculdade de Medicina do Porto, Porto.
- Silva, R., Fernandes, O. & Padilha, J. (2014). Dados valorizados pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação para a prescrição de cinesiterapia respiratória na pessoa com DPOC. In Gomes, B., Rocha, M., Martins M. & Gonçalves M. (Organizadores) *Investigação em Enfermagem de Reabilitação*:

Um novo conhecimento para Guiar a prática de Cuidados. (pp. 54-63). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Soares, S & Carvalho, C. (2009). Intolerância ao Exercício em pacientes com doença pulmonar obstrutiva. *Revista Ciências Médicas Campinas*. 18 (3) 143-151. Acedido em 5/06/13. Disponível em: <http://periodicos.puccampinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/641/621>

Sousa, P. (2005). *O sistema de partilha de Informação de Enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: um modelo explicativo*. Universidade do Porto. Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.

Souza, S., Mantelli, J., Silva, D., Borenstein, M. & Salvador, M. (2005). Défis de Autocuidado de adultos com problemas respiratórios crónicos: Asma e DPOC. *Revista Ciências da Saúde*. 24 (1). 42-49.

Swartz M. (2010). Tórax. In M. Swartz (Autor). *Tratado de Semiología: Anamnesis y Exploración*. (362-906) 6ª ed. Barcelona: Elsevier España.

Vítor, A., Lopes, M. & Araújo, T. (2010). Teoria do deficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. *Reflexão*. 14(3). 611-616.

Welmer, A., Von Arbin, M., Murray, V., Holmqvist L. & Sommerfeld, D. (2007). Determinants of mobility and self-care in older people with stroke: importance of somatosensory and perceptual functions. *Phys Ther*. 87(12)1633-41.

Xiaolian, J.; Chaiwan, S.; Panuthaí, S.; Yijuan, C.; Lei, Y. & Jiping, L. (2002). Family support and self-care behavior of Chinese chronic obstructive pulmonary disease patients. *Nursing and Health Sciences*. 4. 41-4

ANEXOS

ANEXO I - Escala Modificada de Borg

Escala Modificada de Borg

| | |
|-----|----------------------|
| 0 | Nenhuma |
| 0,5 | Muito, muito leve |
| 1 | Muito leve |
| 2 | Leve |
| 3 | Moderada |
| 4 | Pouco intensa |
| 5 | Intensa |
| 6 | |
| 7 | Muito intensa |
| 8 | |
| 9 | Muito, muito intensa |
| 10 | Máxima |

ANEXO II - HADS – Escala de Ansiedade e Depressão

HADS - Escala de Ansiedade e Depressão

Nome:..... Data: / /

Os médicos reconhecem que as emoções desempenham um papel importante na maioria das doenças. Se o seu médico souber o que sente, poderá ajudá-lo mais.

Este questionário está concebido de modo a auxiliar o seu médico a saber como você se sente. Desconsidere os números impressos ao lado das perguntas. Leia todas as frases e **sublinhe** a resposta que corresponde melhor ao que tem sentido **na ÚLTIMA SEMANA**:

Não demore muito tempo a pensar nas respostas: a sua reação imediata a cada frase será provavelmente mais exata do que uma resposta muito refletida.

| | | | |
|-----------------------|--|---|-----------------------|
| A 3 2 1 0 | Sinto-me tenso ou contraído: A maior parte do tempo Muitas vezes De vez em quando, ocasionalmente Nunca | Sinto-me parado: Quase sempre Com muita frequência Algumas vezes Nunca | D 3 2 1 0 |
| D 0 1 2 3 | Ainda tenho prazer nas mesmas coisas que anteriormente: Tanto como antes Não tanto Só um pouco Quase nada | Fico tão assustado que até sinto um aperto no estômago: Nunca De vez em quando Muitas vezes Quase sempre | A 0 1 2 3 |
| A 3 2 1 0 | Tenho uma sensação de medo como se algo de mau estivesse para acontecer: Nitidamente e muito forte Sim, mas não muito forte Um pouco, mas não me incomoda De modo algum | Perdi o interesse em cuidar do meu aspeto: Com certeza Não tenho tanto cuidado como devia Talvez não tanto como antes Tanto como habitualmente | D 3 2 1 0 |
| D 0 1 2 3 | Sou capaz de rir e de me divertir com as coisas engraçadas: Tanto como habitualmente Não tanto como antes Nitidamente menos agora Nunca | Sinto-me impaciente e não consigo estar parado: Muito Bastante Um pouco Nada | A 3 2 1 0 |
| A 3 2 1 0 | Tenho a cabeça cheia de preocupações: A maior parte do tempo Muitas vezes De vez em quando Raramente | Penso com prazer no que tenho a fazer: Tanto como habitualmente Menos que anteriormente Bastante menos que anteriormente Quase nunca | D 0 1 2 3 |
| D 3 2 1 0 | Sinto-me bem-disposto: Nunca Poucas vezes Bastantes vezes Quase sempre | De repente, tenho sensações de pânico: Com grande frequência Bastantes vezes Algumas vezes Nunca | A 3 2 1 0 |
| A 0 1 2 3 | Sou capaz de me sentar à vontade e sentir-me relaxado: Sempre Habitualmente Algumas Vezes Nunca | Sinto-me capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou TV: Frequentemente Algumas vezes Poucas vezes Muito raramente | D 0 1 2 3 |

**ANEXO III - Questionário de dispneia - Medical Research Council
Dyspnoea Questionnaire)**

Questionário de dispneia - Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire

| | |
|---|----|
| Nome:..... Data: / / | |
| Assinale com uma cruz (assim ☒), o quadrado correspondente à afirmação que melhor descreve a sua sensação de falta de ar. | |
| GRAU 1 Sem problemas de falta de ar excepto em caso de exercício intenso. <i>“Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso”.</i> | ☐☐ |
| GRAU 2 Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado. <i>“Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado”.</i> | ☐☐ |
| GRAU 3 Andar mais devagar que as restantes pessoas devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando ando no seu passo normal. <i>“Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal”.</i> | ☐☐ |
| GRAU 4 Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos. <i>“Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passado alguns minutos”.</i> | ☐☐ |
| GRAU 5 Demasiado cansado ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir. | ☐☐ |

ANEXO IV - Escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL)

Escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL)

Nome:..... Data: / /

Instruções de preenchimento:

Por favor, leia o questionário cuidadosamente e **escreva o número** correspondente à frase que melhor expressa a sua atitude face às várias atividades a seguir descritas. Este questionário é feito para descobrir se há atividades que já não pode fazer por causa da sua falta de ar, e quão sem ar fica ao fazer as coisas que ainda pode fazer.

0 – Eu não faria de forma alguma (Se não faz a atividade porque ela não lhe é importante, ou nunca fez essa atividade)

1 – Eu não fico com falta de ar (Se a atividade é fácil para si)

2 – Eu fico moderadamente com falta de ar (Se a atividade lhe causa um pouco de falta de ar)

3 – Eu fico com muita falta de ar (Se a atividade lhe causa muita falta de ar)

4 – Eu não posso mais fazer isso (Se deixou de fazer a atividade por causa da sua falta de ar e não tem mais ninguém para a fazer por si)

5 – Eu preciso que outra pessoa faça isso (se alguém faz isso por si ou a ajuda porque sente muita falta de ar, por exemplo: alguém faz as compras por si)

Por favor, diga-nos o quanto de falta de ar tem sentido estes últimos dias enquanto faz as seguintes atividades:

| Cuidado Pessoal | | Cuidado doméstico | |
|-----------------------------------|--|-----------------------------|--|
| Enxugar-se | | Fazer a cama | |
| Vestir a parte superior do tronco | | Mudar o lençol da cama | |
| Calçar sapatos/meias | | Lavar janelas/cortinas | |
| Lavar a cabeça | | Limpeza/limpar o pó | |
| | | Lavar a louça | |
| | | Utilizar o aspirador/varrer | |
| Lazer | | Atividade física | |
| Andar em casa | | Subir escadas | |
| Sair socialmente | | Inclinar-se | |
| Falar | | | |

ANEXO V - Euro Qol – Questionário de Qualidade de Vida

Euro Qol – Questionário de Qualidade de Vida

| | | |
|---|----|---|
| Assinale com uma cruz (assim ☒), um quadrado de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações descreve melhor o seu estado de saúde hoje | | |
| Mobilidade | ☐☐ | 1 |
| Não tenho problemas em andar | ☐☐ | 2 |
| Tenho alguns problemas em andar | ☐☐ | 3 |
| Tenho de estar na cama | | |
| Cuidados pessoais | ☐☐ | 1 |
| Não tenho problemas em cuidar de mim | ☐☐ | 2 |
| Tenho alguns problemas em lavar-me e vestir-me | ☐☐ | 3 |
| Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a | | |
| Atividades habituais (ex: trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer) | ☐☐ | 1 |
| Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais | ☐☐ | 2 |
| Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais | ☐☐ | 3 |
| Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais | | |
| Dor / Mal-estar | ☐☐ | 1 |
| Não tenho dores ou mal-estar | ☐☐ | 2 |
| Tenho dores ou mal-estar moderados | ☐☐ | 3 |
| Tenho dores ou mal-estar extremos | | |
| Ansiedade / Depressão | ☐☐ | 1 |
| Não estou ansioso/a ou deprimido/a | ☐☐ | 2 |
| Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a | ☐☐ | 3 |
| Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a | | |
| Comparado com o meu nível geral de saúde durante os últimos 12 meses, o meu estado de saúde hoje é: | ☐☐ | 1 |
| Melhor | ☐☐ | 2 |
| Igual | ☐☐ | 3 |
| Pior | | |

Score - 16

Gostaríamos que indicasse nesta escala qual é hoje, na sua opinião, o seu estado de saúde

O melhor estado de saúde imaginável

| | |
|-----|---|
| 100 | |
| 9 | 0 |
| 8 | 0 |
| 7 | 0 |
| 6 | 0 |
| 5 | 0 |
| 4 | 0 |
| 3 | 0 |
| 2 | 0 |
| 1 | 0 |
| 0 | |

O pior estado de saúde imaginável

**ANEXO VI - The St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ. Quality
of life)**

Questionário do Hospital St. George sobre a Doença Respiratória

PARTE 1

Perguntas sobre a gravidade dos problemas respiratórios que teve nas últimas 4 semanas.

Assinale (✓) um só quadrado para cada pergunta.

| | Maioria dos dias da semana | Vários dias na semana | Alguns dias no mês | Só com infecções respiratórias | Nunca |
|---|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| 1. Durante as últimas 4 semanas tossi: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Durante as últimas 4 semanas tive expectoração: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Durante as últimas 4 semanas tive falta de ar: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Durante as últimas 4 semanas tive crises de pieira (chiadeira ou "gatinhos" no peito): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Durante as últimas 4 semanas, quantas crises graves de problemas respiratórios teve: | | | | | |

Assinale (✓) um só quadrado.

- Mais de 3 crises ☐
- 3 crises ☐
- 2 crises ☐
- 1 crise ☐
- Nenhuma crise ☐

6. Quanto tempo durou a pior dessas crises?
(passe para a pergunta 7 se não teve crises graves)

Assinale (✓) um só quadrado.

- 1 semana ou mais ☐
- 3 ou mais dias ☐
- 1 ou 2 dias ☐
- Menos de 1 dia ☐

7. Durante as últimas 4 semanas, numa semana considerada como habitual, quantos dias bons (com poucos problemas respiratórios) teve?

Assinale (✓) um só quadrado.

- Nenhum dia ☐
- 1 ou 2 dias ☐
- 3 ou 4 dias ☐
- Quase todos os dias ☐
- Todos os dias ☐

Questionário do Hospital St. George sobre a Doença Respiratória

PARTE 2

Secção 1

Como é que descreveria a sua doença respiratória?

Assinale (✓) *um só quadrado*.

- É o meu maior problema ☐
- Causa-me muitos problemas ☐
- Causa-me alguns problemas ☐
- Não me causa nenhum problema ☐

Se já teve alguma vez um trabalho pago.

Assinale (✓) *um só quadrado*.

- A minha doença respiratória obrigou-me a parar de trabalhar ☐
- A minha doença respiratória interfere (ou interferiu) com o meu trabalho normal ou já me obrigou a mudar de trabalho ☐
- A minha doença respiratória não afecta (ou não afectou) o meu trabalho ☐

Secção 2

Perguntas sobre as actividades que normalmente lhe têm provocado falta de ar nos últimos dias.

Por favor, assinale (✓) em **cada quadrado**, a resposta que se lhe aplica, **nos últimos dias**.

| | Verdadeiro | Falso |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Quando estou sentado/a ou deitado/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A tomar banho ou a vestir-me | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A caminhar dentro de casa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A caminhar em terreno plano | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A subir um lanço de escadas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A subir ladeiras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A praticar desportos ou jogos que impliquem esforço físico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Questionário do Hospital St. George sobre a Doença Respiratória

PARTE 2

Secção 3

Mais algumas perguntas sobre a sua tosse e falta de ar nos últimos dias.

Por favor, assinale (✓) em **cada quadrado**, a resposta que se lhe aplica, **nos últimos dias**.

| | Verdadeiro | Falso |
|--|--------------------------|--------------------------|
| A minha tosse causa-me dor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A minha tosse cansa-me | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falta-me o ar quando falo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falta-me o ar quando me inclino para a frente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A minha tosse ou a falta de ar perturba o meu sono | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fico muito cansado/a com facilidade | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Secção 4

Perguntas sobre outros efeitos causados pela sua doença respiratória, nos últimos dias.

Por favor, assinale (✓) em **cada quadrado**, a resposta que se lhe aplica, **nos últimos dias**.

| | Verdadeiro | Falso |
|--|--------------------------|--------------------------|
| A minha tosse ou a falta de ar, envergonham-me em público | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A minha doença respiratória é um incómodo para a minha família, amigos ou vizinhos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tenho medo ou receio ou mesmo pânico quando não consigo respirar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sinto que não tenho controle sobre a minha doença respiratória | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Não espero melhoras da minha doença respiratória | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A minha doença tornou-me fisicamente diminuído/a ou inválido/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fazer exercício não é seguro para mim | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tudo o que faço, parece-me ser um esforço excessivo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Secção 5

Perguntas sobre a medicação para a sua doença respiratória. Caso não tenha medicação, passe para a Secção 6.

Por favor, assinale (✓) em **cada quadrado**, a resposta que se lhe aplica, **nos últimos dias**.

| | Verdadeiro | Falso |
|--|--------------------------|--------------------------|
| A minha medicação não me está a ajudar muito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tenho vergonha de tomar os medicamentos em público | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A minha medicação provoca-me efeitos secundários desagradáveis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A minha medicação interfere muito com o meu dia a dia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Questionário do Hospital St. George sobre a Doença Respiratória

PARTE 2

Secção 6

As perguntas seguintes referem-se a actividades que podem ser afectadas pela sua doença respiratória.

Por favor, assinale com (✓) em **cada quadrado**, a resposta que se lhe aplica, **devido à sua doença respiratória**.

| | Verdadeiro | Falso |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Levo muito tempo a lavar-me ou a vestir-me | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Demoro muito tempo ou não consigo tomar banho ou um duche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ando mais devagar que as outras pessoas, ou então tenho de parar para descansar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Demoro muito tempo com tarefas como o trabalho da casa, ou então tenho de parar para descansar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Quando subo um lanço de escadas, ou vou muito devagar, ou então tenho de parar para descansar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se estou apressado ou se caminho mais depressa, tenho de parar ou diminuir o passo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Por causa da minha doença respiratória, tenho dificuldade em fazer coisas como: subir ladeiras, carregar pesos quando subo escadas, tratar do jardim ou do quintal, arrancar ervas, dançar, jogar à bola | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Por causa da minha doença respiratória, tenho dificuldade em fazer coisas como: carregar grandes pesos, cavar o jardim ou o quintal, caminhar depressa (8 quilómetros/hora), jogar ténis ou nadar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Por causa da minha doença respiratória, tenho dificuldade em fazer coisas como: trabalho manual pesado, correr, andar de bicicleta, nadar com velocidade, ou praticar desportos muito cansativos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Secção 7

Gostaríamos de saber como é que a sua doença respiratória habitualmente afecta o seu dia a dia.

Por favor, assinale com (✓) em **cada quadrado**, a resposta que se lhe aplica, **devido à sua doença respiratória**.

| | Verdadeiro | Falso |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Não sou capaz de praticar desportos ou jogos que impliquem esforço físico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Não sou capaz de sair de casa para me divertir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Não sou capaz de sair de casa para fazer compras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Não sou capaz de fazer o trabalho da casa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Não sou capaz de sair da cama ou da cadeira | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Questionário do Hospital St. George sobre a Doença Respiratória

Segue-se uma lista de outras actividades que provavelmente a sua doença respiratória o impede de fazer. (Não tem que assinalar nenhuma das actividades. Pretende-se apenas lembrá-lo/la de actividades que podem ser afectadas pela sua falta de ar.)

- Dar passeios a pé ou passear o cão
- Fazer o trabalho doméstico ou tratar do jardim ou do quintal
- Ter relações sexuais
- Ir à igreja, ao café, ou ir a locais de diversão
- Sair com mau tempo ou permanecer em locais com fumo
- Visitar a família ou os amigos ou brincar com as crianças

Escreva outras actividades importantes que tenha deixado de fazer devido à sua doença respiratória:

.....

.....

.....

.....

Assinale com "x" (só um) a resposta que melhor define a forma como é afectado/a pela sua doença respiratória:

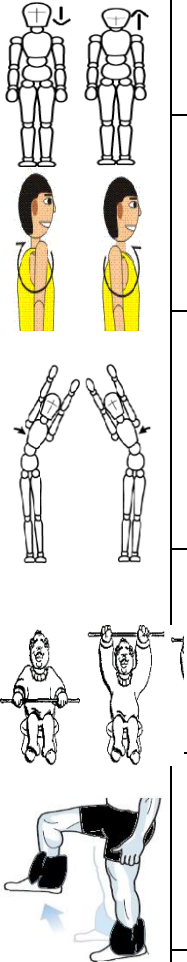
- Não me impede de fazer nenhuma das coisas que eu gostaria de fazer ☐
- Impede-me de fazer uma ou duas coisas que eu gostaria de fazer ☐
- Impede-me de fazer muitas das coisas que eu gostaria de fazer ☐
- Impede-me de fazer tudo o que eu gostaria de fazer ☐






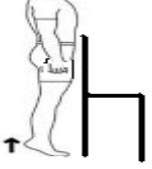

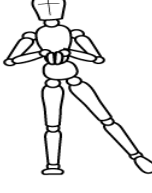

Obrigado por ter preenchido o questionário. Antes de terminar, verifique que respondeu a todas as perguntas.

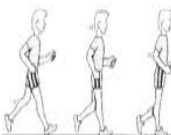


ANEXO VII – Exercícios para a pessoa com Doença Respiratória





Exercícios para a pessoa com Doença Respiratória

Nome do Doente: _____ Data: _____

| Exercícios | Exercícios de aquecimento (10x cada) | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  | 1. Flectir o pescoço expirando. Inspire voltando a posição direita | | | | | | | | |
| | 2. Girar os ombros em círculos com suavidade, respirando ritmicamente | | | | | | | | |
| | 3. Inclinar o tronco ao lado inspirando. Expirar voltando à posição de tronco direito. | | | | | | | | |
| | 4. Com o bastão elevar os braços levantando o bastão e inspirando. | | | | | | | | |
| | 5. Marchar no lugar sem pressas, mantendo a respiração rítmica | | | | | | | | |
| | Exercícios de fortalecimento (10 x Cada) | | | | | | | | |
| | 1 – Levantar o peso à altura dos ombros expirando. Voltar à posição de partida inspirando | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  | 2 – Levantar o peso à altura dos ombros (abrindo os braços), e expirando. Voltar à posição de partida inspirando | | | | | | | |
|  | 3 – Dobrar os cotovelos, levando o peso ao ombro, expirando. Voltar à posição de partida inspirando | | | | | | | |
|  | 4 – Dobrar e cruzar os braços expirando. Voltar à posição de partida inspirando | | | | | | | |
|  | 5 – Esticar um joelho. Voltar lentamente a pousar o pé no chão inspirando. | | | | | | | |
|  | 6 – Colocar-se em bicos dos pés expirando. Inspirando voltar a pousar os calcanhares no chão. | | | | | | | |
|  | 7 – De pé, dobrar os joelhos expirando. Voltar a esticar os joelhos inspirando. | | | | | | | |
|  | 8 – De pé, levantar a perna para o lado expirando. Voltar a pousá-la ao lado da outra inspirando. | | | | | | | |
|  | 9 – Ponte com resistência. | | | | | | | |
|  | 10 – Marcha. | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  | 11 – Treino de escadas | | | | | | | | |
|   | 12 – Bicicleta / Pedaleira | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|     | 13. Treino de equilíbrio com disco de propriocepção. | | | | | | | | |
| | 14. Treino de equilíbrio com disco de propriocepção apenas com base de sustentação um membro inferior. | | | | | | | | |
| | 15. Estimulação sensitiva | | | | | | | | |
| | 16. Treino de equilíbrio/Fortalecimento Muscular | | | | | | | | |

ANEXO VIII – Escala de Glasgow

Escala de Glasgow

| VARIÁVEIS | | ESCORE |
|-----------------|--------------------------|--------|
| Abertura ocular | Espontânea | 4 |
| | À voz | 3 |
| | À dor | 2 |
| | Nenhuma | 1 |
| Resposta verbal | Orientada | 5 |
| | Confusa | 4 |
| | Palavras inapropriadas | 3 |
| | Palavras incompreensivas | 2 |
| | Nenhuma | 1 |
| Resposta motora | Obedece comandos | 6 |
| | Localiza dor | 5 |
| | Movimento de retirada | 4 |
| | Flexão anormal | 3 |
| | Extensão anormal | 2 |
| | Nenhuma | 1 |

| TOTAL MÁXIMO | TOTAL MÍNIMO | INTUBAÇÃO |
|--------------|--------------|-----------|
| 15 | 3 | 8 |

ANEXO IX – Escala de Lower

Escala de Lower

| | |
|------------|---|
| 5/5 | Movimento normal contra gravidade e resistência. |
| 4/5 | Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. A pessoa consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força. |
| 3/5 | Raio de movimento completo apenas contra a gravidade, não contra a resistência. |
| 2/5 | Tem movimento das extremidades, mas não contra a gravidade. A pessoa consegue mover o membro na base da cama. |
| 1/5 | Observa-se contração palpável e/ou visível sem movimento. |
| 0/5 | Sem contração muscular e sem movimento. |

ANEXO X – Escala Modificada de Ashworth

Escala Modificada de Ashworth

- 0** – Não há aumento do tônus muscular
- 1** – Ligeiro aumento do tônus muscular, manifestado pelo apanhar e largar ou por uma resistência mínima no final do arco do movimento;
- 1+** - Ligeiro aumento do tônus muscular, manifestado pelo apanhar /largar, seguido de uma resistência mínima (antes de metade do restante do arco de movimento).
- 2** – Aumento do tônus mantido mais marcante na quase totalidade do arco do movimento, mas consegue-se mobilizar facilmente os segmentos lesados;
- 3** – Aumento considerável do tônus muscular com mobilização passiva difícil;
- 4** – Os segmentos afectados apresentam rigidez na flexão ou na extensão (abdução ou adução), etc.

ANEXO XI – Índice de Barthel

Índice de Barthel

| | |
|---|-----------------------------|
| 1. Alimentação | |
| Independente | <input type="checkbox"/> 10 |
| Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos) | <input type="checkbox"/> 5 |
| Dependente..... | <input type="checkbox"/> 0 |
| 2. Transferências | |
| Independente | <input type="checkbox"/> 15 |
| Precisa de alguma ajuda | <input type="checkbox"/> 10 |
| Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se | <input type="checkbox"/> 5 |
| Dependente, não tem equilíbrio sentado | <input type="checkbox"/> 0 |
| 3. Toalete | |
| Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes | <input type="checkbox"/> 5 |
| Dependente, necessita de alguma ajuda | <input type="checkbox"/> 0 |
| 4. Utilização do WC | |
| Independente | <input type="checkbox"/> 10 |
| Precisa de alguma ajuda | <input type="checkbox"/> 5 |
| Dependente..... | <input type="checkbox"/> 0 |
| 5. Banho | |
| Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) | <input type="checkbox"/> 5 |
| Dependente, necessita de alguma ajuda | <input type="checkbox"/> 0 |
| 6. Mobilidade | |
| Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) | <input type="checkbox"/> 15 |
| Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda | <input type="checkbox"/> 10 |
| Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas | <input type="checkbox"/> 5 |
| Imóvel | <input type="checkbox"/> 0 |
| 7. Subir e Descer Escadas | |
| Independente, com ou sem ajudas técnicas | <input type="checkbox"/> 10 |
| Precisa de ajuda..... | <input type="checkbox"/> 5 |
| Dependente..... | <input type="checkbox"/> 0 |
| 8. Vestir | |
| Independente | <input type="checkbox"/> 10 |
| Com ajuda | <input type="checkbox"/> 5 |
| Impossível | <input type="checkbox"/> 0 |
| 9. Controlo Intestinal | |
| Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar | <input type="checkbox"/> 10 |
| Acidente ocasional | <input type="checkbox"/> 5 |
| Incontinente ou precisa de uso de clisteres | <input type="checkbox"/> 0 |
| 10. Controlo Urinário | |
| Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho | <input type="checkbox"/> 10 |
| Acidente ocasional (máximo uma vez por semana) | <input type="checkbox"/> 5 |
| Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho | <input type="checkbox"/> 0 |
| TOTAL | |

ANEXO XII – Medida da Independência Funcional (MIF)

MIF (Medida de Independência Funcional)

| MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL | |
|--|-----------|
| NÍVEIS | |
| COM AJUDA | SEM AJUDA |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><i>Dependência completa</i></p> <p>1. Ajuda Total (indivíduo > 0%)</p> <p>2. Ajuda Máxima (indivíduo > 25%)</p> <p><i>Dependência Modificada</i></p> <p>3. Ajuda Moderada</p> <p>4. Ajuda Mínima</p> <p>5. Supervisão</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>6. Independência Modificada (ajuda técnica)</p> <p>7. Independência Completa (em segurança, em tempo normal)</p> </div> </div> | |
| AUTO-CUIDADOS: | |
| <p>A – Alimentação</p> <p>B – Arranjar-se</p> <p>C – Banho (lavar corpo)</p> <p>D – Vestir metade superior</p> <p>E – Vestir metade inferior</p> <p>F – Utilização da sanita</p> | |
| CONTROLO DOS ESFINCTERES: | |
| <p>G – Vesical</p> <p>H – Intestinal</p> | |
| MOBILIDADE / TRANSFERÊNCIAS: | |
| <p>I – Cama, Cadeira, Cadeira de rodas</p> <p>J – Sanitário</p> <p>K – Banheira, Duche</p> | |
| LOCOMOÇÃO: | |
| <p>L <u>M</u>archa</p> <p> <u>C</u>adeira de <u>R</u>odas</p> <p>M – Escadas</p> | |
| <u>1 – SCORE SUB-TOTAL (A-M)</u> | |
| COMUNICAÇÃO: | |
| <p>N Compreensão Auditiva/Visual</p> <p>O Expressão Vocal/Não Vocal</p> | |
| COGNIÇÃO SOCIAL: | |
| <p>P – Interação Social</p> <p>Q – Resolução dos problemas</p> <p>R – Memória</p> | |
| <u>2 – SCORE SUB-TOTAL COGNITIVO (N-R)</u> | |
| TOTAL (1+ 2) | |

ANEXO XIII - Escala GUSS

Escala de GUSS (Gugging Swallowing Screen)

| Avaliação Não invasiva da Disfagia (Adaptado Escala GUSS, 2007) | | Data da Avaliação: | |
|--|--|--|---|
| 1- Avaliação Preliminar - Teste indireto | | | |
| | Sim | Não | |
| Vigilância (a pessoa terá de permanecer sentada e acordada pelo menos durante 15 minutos) | (1) | (0) | |
| Tosse (a pessoa deverá conseguir realizar limpeza das vias aéreas tossindo 2 vezes) | (1) | (0) | |
| Deglutição da saliva: Deglute | (1) | (0) | |
| Engasga-se | (0) | (1) | |
| Alteração da Voz (tosse, salivação, alteração do padrão respiratório, dispneia, tosse tardia) | (0) | (1) | |
| 1-3 Não administrar nada oralmente 4-5 Continuar para parte 2 | | | |
| 2- Avaliação da Deglutição – Teste Direto | | | |
| | Pastosa (5) | Líquida (5) | Sólida (5) |
| Deglutição: | | | |
| Não deglute (0) | | | |
| Atraso na Deglutição (1) | | | |
| Deglute (2) | | | |
| Tosse (involuntária, antes durante e depois da deglutição): | | | |
| Sim (0) | | | |
| Não (1) | | | |
| Engasgamento: | | | |
| Sim (0) | | | |
| Não (1) | | | |
| Alteração da voz (escutar o tom de voz antes de deglutir – a pessoa deverá dizer “O”): | | | |
| Sim (0) | | | |
| Não (1) | | | |
| Total: | | | |
| | 1-4 Referenciar terapeuta da deglutição/fala 5 – Avançar para líquida | 1-4 Referenciar terapeuta da deglutição/fala 5- Avançar para sólida | 1-4 Referenciar terapeuta da deglutição/fala 5- Normal |
| Total teste direto e indireto: | (20) | | |

ANEXO XIV - Nacional Institute of Health Strok Scale – NIHS

NIHSS (National institute of Health Stroke Scale)

| Escala de NIHSS | | Score/ data | | |
|---|--|-------------|--|--|
| 1A - Nível de Consciência | 0 – Vigil, bem desperto e alerta 1 – Sonolento, mas acorda com estímulos mínimos 2 – Sonolento, requer estímulos repetidos 3 – Coma | | | |
| 1B - Perguntar o mês atual e a sua idade | 0 – Responde a ambas corretamente 1 – Responde a uma corretamente 2 – Ambas incorretas | | | |
| 1C – Pedir para abrir e fechar os olhos e abrir e fechar a mão | 0 – Responde a ambas corretamente 1 – Responde a uma corretamente 2 – Ambas incorretas | | | |
| 2 – Posição dos olhos | 0 – Normal 1 – Parésia ocular parcial 2 – Desvio conjugado dos olhos | | | |
| 3 – Campos Visuais | 0 – Sem defeito de campo 1 – Hemianópsia parcial 2 – Hemianópsia completa 3 – Hemianópsia bilateral | | | |
| 4 – Simetria Facial | 0 – Movimentos simétricos normais 1 – Parésia minor (sulco nasogeniano apagado) 2 – Parésia parcial (parésia do andar inferior quase total) 3- Parésia completa | | | |
| 5 – Força Muscular dos Membros Superiores | 0 – Normal 1 – Descai 2 – Faz algum esforço contra a gravidade 3 – Não há esforço contra a gravidade 4 – Não há movimento | | | |
| 6 – Força Muscular Membros Inferiores | 0 – Normal 1 – Descai 2 – Faz algum esforço contra a gravidade 3 – Não há esforço contra a gravidade 4 – Não há movimento | | | |
| 7 – Coordenação Motora (prova/dedo/nariz e/ou calcanhar joelho) | 0 – Sem ataxia 1 – Ataxia num membro 2 – Ataxia nos dois membros | | | |
| 8 - Sensibilidade – teste da picada | 0 – Normal 1 – Diminuição ligeira 2 – Perda da sensibilidade severa a total | | | |
| 9 – Linguagem (descrever figuras, nomear objetos) | 0 – Normal 1 – Afasia ligeira a moderada 2 – Afasia severa 3 – Mutismo | | | |
| 10 – Disartria | 0 – Normal articulação 1 – Empastamento das palavras ligeiro/moderado 2 – Ininteligível ou incapaz de falar | | | |
| 11 – Neglect | 0 – Sem neglet 1 – Inatenção/extinção à estimulação numa modalidade 2 – Severa inatenção em mais de uma modalidade | | | |
| Score total (0-42) | | | | |

APÊNDICES

APÊNDICE I – Projeto de Formação

4º Curso de Mestrado em Enfermagem

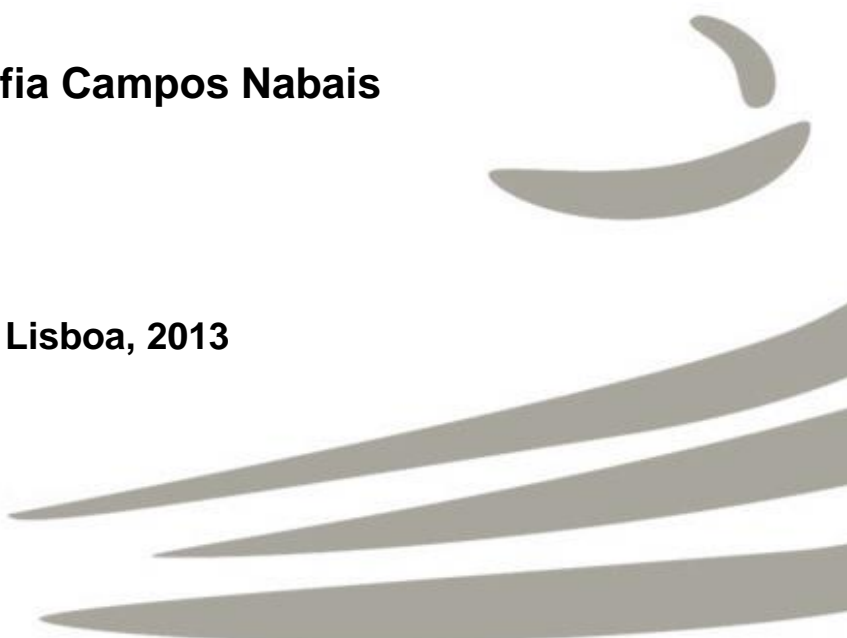
Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

O CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DA PESSOA COM DPOC

Ana Sofia Campos Nabais

Lisboa, 2013



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Enfermagem de Reabilitação

Opção II PROJECTO DE FORMAÇÃO

O CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DA PESSOA COM DPOC

Ana Sofia Campos Nabais, nº 4810

Professor Coordenador Joaquim Paulo Oliveira

Professora Orientadora Maria do Céu Sá

Lisboa, 2013



SIGLAS

AVD – Atividades de Vida Diária

DGS – Direção Geral da Saúde

EEER – Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação

GOLD – Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

ONDR – Observatório Nacional das Doenças Respiratórias

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO | 4 |
| 1. DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA | 9 |
| 1.1 Definição e Fisiopatologia da DPOC | 9 |
| 1.2 Dados Epidemiológicos | 10 |
| 1.3 Fatores de Risco | 12 |
| 1.4 Repercussões da DPOC na Pessoa – Sinais e Sintomas | 13 |
| 1.5 Diagnóstico, Estadiamento e Tratamento | 14 |
| 1.6 Reabilitação Respiratória na Pessoa com DPOC | 16 |
| 2. MODELO CONCEPTUAL – TEORIA DO AUTOCUIDADO DE OREM | 19 |
| 2.1 O Enfermeiro Especialista de Reabilitação e a Promoção do Autocuidado na Pessoa com DPOC | 22 |
| 3. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA..... | 28 |
| 3.1 Problema Geral..... | 28 |
| 3.2 Problemas Parcelares | 28 |
| 4. PREPARAÇÃO E PLANEAMENTO DO TRABALHO | 30 |
| 4.1 Fundamentação da Escolha dos Locais de Estágio | 30 |
| 4.2 Planeamento das Atividades | 32 |
| 4.3 Limitações e Constrangimentos e Estratégias de Resolução..... | 32 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 34 |
| BIBLIOGRAFIA | 36 |

APÊNDICES

APÊNDICE Nº 1 – METOLOGIA DE SELEÇÃO DOS ARTIGOS

APÊNDICE Nº 2 – QUADRO RESUMO DOS ESTUDOS SELECIONADOS

APÊNDICE Nº 3 – CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

APÊNDICE Nº 4 – GUIÕES DE ENTREVISTA E OBSERVAÇÃO

APÊNDICE Nº 5 – PLANIFICAÇÃO DAS ATIVIDADES

APÊNDICE Nº 6 - CRONOGRAMA DOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS

INTRODUÇÃO

A realização deste projeto surge no âmbito da Unidade Curricular de Opção II integrada no 4º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Genericamente o projeto revela-se como uma oportunidade de colmatar as necessidades formativas sentidas, funcionando esta metodologia como uma ponte entre a teoria e a prática, dado que o conhecimento teórico funciona como suporte à prática. A metodologia de projeto tem como objetivo fundamental a resolução de problemas e a sua execução permite a aquisição de capacidades e competências. Uma metodologia de projeto coerente deve ser caracterizada por possuir uma atividade intencional, iniciativa e autonomia, autenticidade, complexidade e incerteza, ser prolongada e faseada (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Assim, esta metodologia pressupõe a elaboração de um projeto de aprendizagem pessoal que funcionará como guia orientador para o processo de aprendizagem no contexto da prática, operacionalizada com o estágio. Neste documento, será possível contextualizar e aplicar os conhecimentos teóricos e desenvolver competências como enfermeiro especialista sob a orientação de um perito.

Assim, partindo de uma necessidade sentida, este projeto será desenvolvido tendo como foco a pessoa com alterações do padrão respiratório. A problemática estará centrada no contexto da reabilitação respiratória incidindo na intervenção do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação (EEER) na promoção do autocuidado da pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). O investimento nesta temática, está relacionado com motivos de ordem profissional e pessoal. Por um lado, o facto de exercer funções num serviço de Pneumologia onde a DPOC é uma das principais doenças que compromete o autocuidado, torna pertinente para mim o estudo desta problemática. Por outro lado, e no campo da motivação pessoal, como enfermeira a promoção da independência e autocuidado dos doentes, nomeadamente daqueles com diagnóstico de DPOC, é objeto de

grande satisfação sentida por mim no exercício da enfermagem. Torna-se para mim premente, enquanto futura EEER desenvolver competências que me capacitem para a promoção do autocuidado destes doentes, aquando do seu internamento permitindo que após a alta regressem a casa, retomando da sua vida pessoal, familiar e social.

Atendendo ao conhecimento já existente sobre o assunto é possível também compreender a relevância do estudo desta problemática. A DPOC é um importante problema de saúde pública e segundo o Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR, 2011), constitui uma das principais causas de morbilidade e mortalidade no mundo, sendo a 4^a causa de morte a nível mundial e 5^a a nível nacional. É uma doença respiratória crónica, mais prevalente no género masculino apresentando neste uma prevalência de 5,3% (ONDR, 2009). Por outro lado, a principal causa da instalação desta doença é a tabagismo, sendo este responsável por mais de 50% dos óbitos por DPOC (ONDR, 2012).

De acordo com a National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2010) a DPOC é uma doença progressiva com reduzida reversibilidade, cuja componente pulmonar se caracteriza por uma limitação do débito aéreo estando relacionada com uma resposta anómala a nível pulmonar à inalação de partículas ou gases. Trata-se de uma doença que apresenta como principal sintoma a dispneia, relacionada com uma progressiva degradação da função pulmonar. No sentido de atenuar este sintoma a pessoa reduz ou mesmo evita a atividade física (Cordeiro & Menoita, 2012). Assim, Magalhães (2009) refere que esta doença tem repercussões negativas na capacidade da pessoa em participar na vida social e familiar, o que se repercute no decréscimo da qualidade de vida, bem-estar e capacidade para a realização do autocuidado.

De acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS, 2009) a reabilitação respiratória é definida como um programa de intervenção global e multidisciplinar, dirigido a doentes com doença respiratória crónica, sintomáticos e que frequentemente apresentam uma redução na capacidade de participar nas atividades de vida diárias. Para além de outros benefícios, reduz a dispneia, melhora a tolerância ao exercício físico e reduz os custos de saúde (Soares & Carvalho, 2009). Neste sentido, a intervenção do EEER pode ter um impacto efetivo na

qualidade de vida da pessoa com DPOC. Tendo presente as competências do EEER preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010), a sua intervenção permitirá maximizar as capacidades funcionais e o desenvolvimento de capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado da pessoa com incapacidade.

Por outro lado, num contexto nacional de atual crise económica, torna-se preponderante que os cuidados de enfermagem contribuam na redução dos gastos em saúde. Assim, o EEER atuando na promoção do autocuidado e autocontrolo, pode intervir na prevenção das exacerbações e no controlo sintomático da pessoa com DPOC, contribuindo assim para reduzir os reinternamentos por agudização da doença, diminuindo os gastos em saúde (ONDR, 2012).

Como referencial teórico opto neste projeto por fazer uso do Modelo Conceptual de Orem (2001), o qual enfatiza a promoção do autocuidado como objetivo primordial da enfermagem. A teoria do Autocuidado de Orem, descreve e explora aquilo que a enfermagem é e deve ser, baseando-se na premissa que os indivíduos podem cuidar de si, mantendo a vida a saúde e o bem-estar. Este modelo incorpora três teorias: a teoria do autocuidado (descreve e explica o autocuidado), a teoria do défice de autocuidado (explica as razões pelas quais a enfermagem pode ajudar as pessoas) e a teoria dos sistemas de enfermagem (descreve as relações que são necessárias estabelecer para a realização dos cuidados de enfermagem).

Com o envelhecimento da população a nível mundial, a prevalência de doenças crónicas como a DPOC tem vindo a aumentar. Neste sentido, e uma vez que o grau de dependência destas pessoas é muito elevado, importa que os enfermeiros promovam junto de doente e famílias a capacidade de gerir o processo de doença crónica ao longo da vida (Petronilho, 2012).

Atualmente os estudos que envolvem a área do autocuidado são primordiais ao nível dos cuidados de saúde, pois permitem compreender e promover a qualidade de vida das pessoas. Neste sentido, o autocuidado abrange não apenas as capacidades necessárias para a realizar as atividades de vida diária, mas também conhecimentos e perícias que as pessoas utilizam na autogestão da sua condição de saúde (Vítor, Lopes & Araújo, 2010).

Como ponto de partida para a realização deste projeto, foi realizada uma revisão narrativa recorrendo a livros, artigos científicos e teses de mestrado

especializados na área da enfermagem de reabilitação. Foram também utilizados motores de busca como o Google acadêmico e EBSCO. Foi assim realizada uma pesquisa que permitiu alargar horizontes acerca da problemática em questão e comprovar o autocuidado como um indicador sensível aos cuidados de enfermagem na pessoa com DPOC (Doran, 2011). Definiu-se assim como questão de partida que obedece aos critérios do formato PICO: Quais as intervenções do EEER (intervenção) na promoção do autocuidado (resultado) da pessoa com DPOC (população)?

Uma vez que a prática baseada na evidência é considerada um meio para aumentar a qualidade dos cuidados de saúde, foi realizada uma revisão sistematizada da literatura com o objetivo de encontrar a melhor evidência existente acerca da temática. A metodologia de seleção dos artigos encontra-se descrita no apêndice nº 1.

Deste processo de seleção resultaram seis artigos nos quais se comprova a efetividade que as intervenções do EEER podem ter na promoção do autocuidado da pessoa com DPOC. O resumo dos estudos selecionados encontra-se no apêndice nº 2. Sumariamente, a evidência encontrada demonstra como principais intervenções do EEER neste âmbito, a realização de exercícios respiratórios, treino de exercícios (Theander, Jakobsson, Jorgensen & Unosson, 2009) e intervenção educacional (Nguyen et al., 2008; Theander, Jakobsson, Jorgensen & Unosson, 2009; Trappenburg et al. 2009; Warwik, Gallagher, Chenoweth & Parbury, 2009; Kasikçi, 2010; Casey, Murphy, Cooney, Mee & Dowling, 2011), nomeadamente acerca do controlo de sintomas e gestão de terapêutica. Para que o processo de reabilitação respiratória seja eficaz e promova o autocuidado, deverá haver envolvimento da família (Warwik, Gallagher, Chenoweth & Parbury, 2009; Kasikçi, 2010), por outro lado o EEER dos cuidados de saúde primários assume uma importância crucial, devendo existir articulação entre cuidados de enfermagem de reabilitação do contexto hospitalar e da comunidade (Casey, Murphy, Cooney, Mee & Dowling, 2011).

Neste sentido, defino como objetivo central deste projeto compreender de que modo a intervenção do EEER promove o autocuidado na pessoa com DPOC.

Este projeto encontra-se estruturalmente dividido em 4 grandes capítulos. O primeiro é referente à DPOC, no qual é feito o enquadramento teórico sobre a fisiopatologia, dados epidemiológicos, fatores de risco, repercussões na pessoa e reabilitação respiratória na pessoa com DPOC. O segundo capítulo é referente ao Modelo Conceptual escolhido, onde para além de sucintamente ser explicado o modelo do autocuidado de Orem é estabelecida uma relação deste com as intervenções do EEER na pessoa com DPOC. O terceiro capítulo é relativo à definição do problema, onde são definidos o problema geral e os problemas parcelares. O quarto capítulo diz respeito à preparação e planeamento do trabalho, no qual é planeada a operacionalização deste projeto, nomeadamente justificação dos locais de estágio, planeamento das atividades e descritas as limitações e estratégias de resolução. Por fim no quinto e último capítulo serão tecidas as considerações finais e conclusões mais relevantes referentes a este projeto.

1. DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

Sendo a promoção do autocuidado da pessoa com DPOC, o enfoque deste projeto importa compreender esta doença, nomeadamente a sua fisiopatologia, a prevalência, os fatores de risco, as repercussões na pessoa, o diagnóstico, estadiamento e tratamento. Por outro lado, será relevante também perceber a intervenção do EEER junto da pessoa portadora desta patologia crónica.

1.1 Definição e Fisiopatologia da DPOC

Segundo a Global Initiative for Chronic Obstrutuve Lung Disease (GOLD, 2013) a DPOC é uma doença crónica que se caracteriza por uma limitação do débito aéreo, não sendo completamente reversível. Esta limitação ocorre de forma progressiva estando relacionada com uma resposta inflamatória anormal dos pulmões a partículas e gases nocivos como por exemplo o tabaco. De acordo com esta mesma organização, é uma doença prevenível e tratável que engloba uma componente pulmonar e extrapulmonar que determina a gravidade da doença. A diminuição do fluxo aéreo tem como causa a combinação da doença das pequenas vias aéreas com a destruição e perda de elasticidade do parênquima pulmonar, mais especificamente dos alvéolos (enfisema). O enfisema conduz a limitação do fluxo aéreo devido à retração elástica, enquanto as pequenas vias aéreas fibrosadas aumentam a resistência ao fluxo, existindo um predomínio variável desta duas componentes. Cordeiro e Menoita (2012) fazem ainda referência ao stresse oxidativo como uma das causas que pode potenciar a resposta inflamatória dos pulmões a agentes irritantes nos doentes com DPOC.

Soares e Carvalho (2009) referem que esta doença origina uma diminuição da capacidade respiratória, aumento do tempo expiratório e da capacidade funcional residual, o que conduz a uma hiperinsuflação. Esta situação conduz a um

desequilíbrio entre ar inspirado e expirado e a insuflação resultante provoca por sua vez aumento da dispneia e intolerância ao esforço. A insuflação pulmonar conduz a alterações na mecânica diafragmática, verificando-se um abaixamento das hemicúpulas e limita a excursão diafragmática (Cordeiro & Menoita, 2012).

As alterações a nível fisiopatológico que caracterizam esta doença abrangem a inflamação das vias aéreas, hipersecreção de muco, disfunção ciliar, obstrução do fluxo aéreo, hiperinsuflação pulmonar, alterações das trocas gasosas, poliglobúlia, hipertensão pulmonar e *cor pulmonale*. Estas afeções instalam-se de acordo com a progressão da doença e na ordem descrita (Almeida, Aguiar & Martins, 2010).

Uma questão que será importante destacar é o facto de a DPOC não se restringir apenas à obstrução pulmonar causada pelo enfisema ou à bronquite crónica, como terá inicialmente sido determinado pela American Thoracic Society (1995), excluindo outras causas. De facto, o enfisema corresponde apenas a uma das alterações estruturais que podem existir na DPOC e a "...bronquite crónica é uma entidade independente da doença, que pode preceder ou acompanhar o desenvolvimento e/ou acelerar a limitação do fluxo aéreo." (Cordeiro & Menoita p. 254, 2012).

Apesar das primeiras manifestações da doença serem na função pulmonar a DPOC apresenta efeitos extrapulmonares significativos que podem surgir de forma mais gravosa mediante o ritmo de progressão da doença e que se encontram referidos mais à frente. De acordo com Cordeiro e Menoita (2012), existe um vasto leque complicações decorrentes da DPOC, que se manifestam ao nível do sistema cardiovascular, osteoarticular (osteoporose e diminuição da força muscular), a nível hematológico (anemia), tendo também repercussões a nível psíquico e emocional (depressão).

1.2 Dados Epidemiológicos

O aumento da esperança média de vida resultante do constante progresso no âmbito dos cuidados de saúde, bem como a melhoria das condições socioeconómicas da população em geral, tem-se traduzido num aumento da

prevalência de doenças crónicas. Neste sentido, a DPOC surge no contexto mundial como uma das principais doenças crónicas, responsável pelo aumento da morbilidade e perda de qualidade de vida, tendo um forte impacto social e económico (Magalhães, 2009).

Segundo os dados do ONDR (2011), a prevalência da DPOC no Mundo é de 63,6 milhões de doentes, dos quais 11,3 milhões diagnosticados na Europa. A DPOC é deste modo responsável por 3 milhões de mortes anuais, o que a coloca no 4º lugar como causa de morte, responsável por 5,36% dos óbitos.

A DPOC é considerada a 4ª causa de morte e doença em todo o mundo sendo expectável que em 2020 a sua posição passe para 3ª (Lopez & Murray, 1998; GOLD, 2013). Nos países desenvolvidos (nos quais se inclui Portugal), a DPOC é a 5ª causa de morte e também se encontra em 5º e 7º lugares como responsável pela condição de incapacidade, nas faixas etárias a partir dos 60 anos e dos 0 e os 59 anos, respetivamente (ONDR, 2011). No contexto nacional, a prevalência da DPOC é de 14,2% na população com mais de 45 anos, constatando-se a existência provável de 800.000 portugueses com DPOC, nos seus diversos estádios. Em Portugal, os dados referentes a internamentos e mortalidade por DPOC têm apresentado tendência em aumentar nos últimos 9 anos. Por outro lado, verifica-se que o tabaco é a principal causa de mortalidade por DPOC. Mais de 50% dos casos de morte por DPOC são causadas por consumo de tabaco (ONDR, 2012).

Quanto à distribuição pelo género verifica-se que a doença é mais prevalente no sexo masculino apresentando neste uma prevalência de 5,3% e no sexo feminino 4% segundo o ONDR (2009), o ONDR (2012) apesar de não fazer referência direta à prevalência desta doença por género, demonstra dados que indicam maior prevalência nacional dos internamentos hospitalares por DPOC nos homens.

As doenças respiratórias crónicas, das quais se destaca a DPOC, acarretam elevados custos diretos resultantes da utilização dos cuidados de saúde que se traduzem num elevado número de internamentos e elevado consumo de recursos humanos e materiais (ONDR, 2012). De destacar os gastos referentes à realização de exames complementares de diagnóstico, consumo de fármacos, oxigenioterapia e ventilação não invasiva (DGS, 2005).

1.3 Fatores de Risco

Os fatores de risco são diversos e podem ser divididos em fatores individuais e ambientais (Almeida, Aguiar & Martins, 2010).

Dentro dos fatores individuais, encontra-se a hiper-reatividade brônquica não específica, relacionada com um marcador de predisposição para a obstrução brônquica. O déficit de alfa-1 antitripsina constitui outro fator individual, sendo o único fator genético que desencadeia a DPOC. Ainda neste grupo inclui-se o fator do desenvolvimento pulmonar, sendo que este ocorre durante a gestação e o desenvolvimento da criança e pode ser condicionado devido à exposição a determinados fatores de risco. A bronquite crônica e as infecções respiratórias de repetição são também apontadas como um fator predisponente. A idade e o sexo são também considerados fatores predisponentes, sendo o envelhecimento e o gênero masculino as condições biológicas que causam maior propensão para a doença (GOLD, 2013).

Como fatores ambientais o tabagismo constitui um fator major sendo responsável por 95% dos casos de DPOC nos países desenvolvidos. A idade com a qual um indivíduo começa a fumar e os hábitos tabágicos relacionados principalmente com a carga tabágica são preditivos da mortalidade (NICE, 2010).

A poluição atmosférica e ambiental dentro e fora das habitações, constitui outro importante fator que contribui para a instalação da DPOC. No interior das casas um fator comum são as lareiras com baixa ventilação, sendo que a inalação de fumo prolongada é uma das causas da DPOC, em idosos sem história de tabagismo principalmente nos meios rurais. Alguns estudos, comprovam que pessoas que vivem em meios urbanos têm maior probabilidade para desenvolver DPOC comparativamente com as pessoas que vivem em meio rural. A exposição ocupacional a poluentes inalados surge ainda como um tipo de poluição que potencia igualmente a obstrução brônquica (Espanhol, 2011).

Os fatores de risco ambientais são evitáveis, e neste campo a intervenção do enfermeiro é determinante, implementando intervenções educativas com o objetivo de promover a saúde e prevenir a doença.

1.4 Repercussões da DPOC na Pessoa – Sinais e Sintomas

É fundamental o enfermeiro na sua prática de cuidados reconhecer os sinais, sintomas e repercussões da DPOC na pessoa, direcionando os cuidados de enfermagem de modo a proporcionar cuidados ajustados às suas reais necessidades. Os sintomas da DPOC são de progressão lenta ao longo dos anos, sendo a doença diagnosticada na maior parte das vezes já em fase avançada. Os sintomas mais frequentes são a tosse, expetoração e dispneia de esforço. Estes sintomas por si só não são suficientes para determinar o diagnóstico, mas a sua presença aumenta a probabilidade de determinação do mesmo (NICE, 2010).

A dispneia é um sintoma de relevo na DPOC, sendo o principal motivo que leva os doentes a procurar cuidados de saúde e a maior causa da incapacidade e ansiedade associada a esta doença. Os doentes tipicamente descrevem a dispneia como um esforço grande para respirar, sensação de peso, fome de ar ou estar ofegante (Lee, 2008). Para proceder à avaliação da dispneia são utilizadas escalas como a Escala Modificada de Borg. Esta é uma escala vertical quantificada de 0 a 10, onde 0 representa nenhum sintoma e 10 representa sintoma máximo. Associada à dispneia surge quase sempre a pieira que pode ser intermitente podendo estar presente nos episódios de exacerbações (GOLD, 2013).

A tosse crónica numa fase inicial é mais acentuada durante o período da manhã mas rapidamente passa a perturbar o doente durante o período noturno. Este sintoma surge frequentemente associado à dispneia, sendo por vezes desvalorizado pelo doente que associa a sua presença ao tabaco e a fatores ambientais (Ferreira & Taveira, 2010).

No doente com DPOC a presença de expetoração é frequente após a tosse, sendo normalmente mucoide e por vezes mucopurulenta não excessiva nas exacerbações. À medida que a doença progride a dificuldade em libertar a expetoração aumenta devido à diminuição do fluxo das vias aéreas (Almeida, Aguiar & Martins, 2010).

A dor torácica é também um sintoma clássico na pessoa com DPOC e está maioritariamente relacionada com a sobrecarga dos músculos intercostais. Outro

sintoma frequente são também os edemas dos membros inferiores consequentes da *cor pulmonale* (Ferreira & Taveira, 2010).

Com o progredir da doença e a intensificação da dispneia ocorre um aumento do trabalho da musculatura respiratória elevando o consumo energético, por outro lado a dispneia é acompanhada quase sempre de compromisso dos processos de deglutição e mastigação conduzindo a sintomas como a anorexia e perda de peso (Cordeiro & Menoita, 2012).

A DPOC tem várias repercussões negativas na vida da pessoa, a intolerância ao esforço conduz ao isolamento social, comprometimento da vida familiar, laboral e social culminando frequentemente em estados depressivos. São também frequentes ainda as alterações do padrão do sono despoletadas pela dispneia noturna, que prejudicam a qualidade do sono (Ferreira & Taveira, 2010).

Como sinais da doença estão descritos como mais evidentes o aumento do diâmetro antero-posterior do tórax (em forma de barril) relacionado com a insuflação, a cianose a respiração tipicamente costal superior e aumento da frequência respiratória como alguns dos mais evidentes (NICE, 2010).

1.5 Diagnóstico, Estadiamento e Tratamento

O diagnóstico da DPOC para além de ser realizado com base nos sinais e sintomas e existência de fatores de risco acima mencionados, é suportado em última instância pela realização de uma espirometria. Com a realização da espirometria o diagnóstico é confirmado se FEV1 (Volume Expiratório Forçado em 1 segundo) /FVC (Capacidade Vital Forçada) inferior a 70% (GOLD, 2013). A espirometria pode ser usada para avaliar a gravidade da limitação do fluxo de ar e, deve ser acompanhada de outros exames complementares de diagnóstico tais como: radiografia ao tórax, TAC, gasometria arterial, doseamento de alfa-1 antitripsina, provas de função respiratória e prova de marcha (NICE, 2010).

O estadiamento de uma doença é sempre essencial no sentido de direcionar o tratamento e as intervenções de enfermagem no sentido de contribuir para a recuperação e gestão do processo de doença da pessoa. Deste modo, o

estadiamento da DPOC, é baseado no FEV1 após broncodilatação. Assim se $FEV1 \geq 80\%$ do predito, a pessoa está no estágio 1: DPOC Ligeira; se $50\% \leq FEV1 < 80\%$ do predito, a pessoa está no estágio 2: DPOC Moderada; se $30\% \leq FEV1 < 50\%$ a pessoa está no estágio 3: DPOC Grave e se $FEV1 < 30\%$ a pessoa está no estágio 4: DPOC Muito Grave (GOLD, 2013).

Contudo a determinação da gravidade da doença com base apenas na limitação do fluxo aéreo é simplista e unidirecional, deste modo a GOLD (2013) desenvolveu uma abordagem integrada multidimensional, centrada na pessoa e na sua capacidade de realizar as Atividades de Vida Diárias (AVD). Esta abordagem inclui a classificação da gravidade da DPOC com base na avaliação de sintomas, gravidade da limitação do fluxo aéreo através da espirometria e a frequência das exacerbações da doença.

O tratamento da DPOC segundo a GOLD (2013) tem como objetivos o controlo sintomático, melhoria da tolerância ao exercício e do estado geral de saúde. Por outro lado, tem um objetivo preventivo no sentido de evitar a progressão da doença, prevenir e tratar as exacerbações e reduzir a mortalidade.

O tratamento passa por métodos farmacológicos, não farmacológicos e controlo de fatores de risco. Na presença de uma pessoa com hábitos tabágicos a prioridade é a cessação tabágica. Neste sentido o Ministério da Saúde (2002) refere que apenas 7% dos fumadores conseguem de forma autónoma deixar de fumar, sendo que o sucesso aumenta quando estas pessoas são apoiadas por profissionais de saúde com recurso a intervenções dirigidas.

Relativamente à intervenção farmacológica, esta inclui a terapêutica oral como os corticoides, mucolíticos e a inaloterapia. O cumprimento do regime terapêutico é essencial para evitar a progressão da doença e as exacerbações da mesma. Em estádios mais avançados a administração de oxigénio, a ventilação não invasiva e a cirurgia constituem intervenções por vezes necessárias no tratamento da DPOC. Quanto aos métodos não farmacológicos incluem os programas de reabilitação respiratória e a educação para a saúde, que promovem a qualidade de vida e o autocuidado (NICE, 2010).

1.6 Reabilitação Respiratória na Pessoa com DPOC

Como já foi referido a reabilitação respiratória é uma modalidade terapêutica que é aplicada na pessoa com DPOC, existindo evidência científica que esta abordagem melhora os sintomas de dispneia e reduz o grau de fadiga (DGS, 2005). Outros benefícios têm sido documentados, tais como a melhoria da qualidade de vida, redução da ansiedade, melhoria na capacidade de tolerância ao esforço e capacidade funcional na realização das atividades de vida, redução do deterioramento da função pulmonar, diminuição das exacerbações, benefícios psicossociais redução do número de internamentos e o recurso aos serviços de saúde (Pamplona & Moraes, 2007).

A Reabilitação respiratória é definida pela DGS (2009, p.19) como:

uma intervenção global e multidisciplinar, baseada na evidência, dirigida a doentes com doença respiratória crónica (...) integrada no tratamento individualizado do doente (...) desenhada para reduzir os sintomas, otimizar a funcionalidade, aumentar a participação social e reduzir os custos de saúde, através da estabilização ou regressão das manifestações sistémicas da doença.

Segundo Almeida, Aguiar e Martins (2010) cada programa de reabilitação deve ser individualizado tendo em conta uma multiplicidade de fatores, sendo estes: a fase evolutiva da doença, fases de estabilização/agudização, patologias associadas, local de aplicação (ambulatório, internamento ou domicílio) e diagnóstico da situação. O diagnóstico da situação deve compreender a avaliação da deficiência, incapacidade e desvantagem, grau de instrução e capacidade de aprendizagem do doente, situação socio-familiar e profissional, localização e condições da habitação e recursos de saúde disponíveis.

A reabilitação respiratória é realizada por profissionais com formação especializada nomeadamente EEER, compreendendo a educação da pessoa e seus cuidadores, otimização terapêutica, intervenção nutricional, Reeducação Funcional Respiratória (RFR), treino de exercício e intervenção psicossocial (Cordeiro & Menoita, 2012).

A necessidade de iniciar um programa de reabilitação respiratória é determinada pela instalação dos sintomas, incapacidade e desvantagem mais do que pela gravidade da doença. Verifica-se contudo que os doentes respiratórios que

se apresentam mais inadaptados ao programa de reabilitação respiratória são aqueles que possuem comorbilidades que limitam a sua capacidade de participação. Por outro lado, doentes motivados apresentam maior sucesso e ganhos funcionais (Rudkin, 2005).

A reabilitação respiratória na pessoa com DPOC deve ser iniciada precocemente antes da progressão da doença para estádios mais avançados podendo ser usada como medida preventiva para a agudização da doença. Neste sentido, a intervenção do EEER na educação dos doentes e seus cuidadores/famílias é fundamental no âmbito do ensino de estilos de vida saudáveis referentes quer a medidas preventivas, quer a medidas terapêuticas (Almeida, Aguiar & Martins, 20010). Na verdade, a abordagem educacional por parte do EEER assume grande importância no controlo da DPOC. De acordo com a GOLD (2013) a componente educacional deve deste modo incluir orientações para a autogestão da doença, exercício físico, evitação tabágica, técnicas de terapêutica respiratória (oxigenioterapia, terapêutica inalatória e utilização de nebulizadores no domicílio), realização de exercícios de RFR, treino de exercício, técnicas de conservação de energia e a sexualidade.

No plano de RFR devem estar incluídos entre outras técnicas, o controlo da respiração, relaxamento dos músculos acessórios, respiração diafragmática, auto-drenagem de secreções e posições de relaxamento e descanso. Uma vez que o doente com DPOC tende a ter um tórax insuflado deve-se dar ênfase às técnicas que aumentam o tempo expiratório melhorando as trocas gasosas e permitindo o esvaziamento completo alveolar.

Relativamente ao treino de exercício, este compreende exercícios aeróbios e de treino de força, envolvendo principalmente os músculos responsáveis pela respiração e dos membros superiores e inferiores (Cordeiro & Menoita, 2012). Segundo a DGS (2009), o treino de exercício apresenta benefícios uma vez que contribui no romper do ciclo vicioso da inatividade impedindo o deterioramento das capacidades funcionais, reduz a dispneia e a fadiga, comuns nestes doentes, que desenvolvem sentimentos de medo e ansiedade face ao exercício.

Durante um programa de reabilitação respiratória é importante avaliar a sua efetividade junto do doente, percebendo se o mesmo está ajustado às suas

necessidades. Deste modo, deverão ser avaliados a dispneia, qualidade de vida e tolerância ao exercício que são indicadores sensíveis a esta intervenção (Ries, et al., 2007).

A reabilitação respiratória está indicada tanto durante as exacerbações da DPOC como após as mesmas. A exacerbação que motiva muitas vezes o internamento deve ser reconhecida como uma oportunidade de identificar fatores de risco, necessidades educativas e promover a reabilitação, no sentido de evitar novas exacerbações e internamentos. No momento da alta será importante o enfermeiro promover a articulação com os cuidados de saúde primários sempre que necessário (ONDR, 2011).

Durante o internamento aquando da preparação para a alta, é importante pensar no regresso a casa do doente com DPOC. A sua reinserção familiar, social e laboral é de extrema importância, deste modo a articulação entre enfermeiros do contexto hospitalar e de cuidados de saúde primários torna-se crucial, permitindo a continuidade de cuidados no âmbito do programa de reabilitação destes doentes, tendo em consideração as suas reais necessidades no âmbito domiciliário. De acordo com a NICE (2010), os doentes com DPOC têm necessidade de ter acesso a programas de reabilitação respiratória a nível dos cuidados de saúde primários. Kelleher, Perker, Abdulwadud e Francis (2009), referem que os enfermeiros de cuidados de saúde primários se encontram numa posição privilegiada para dar continuidade aos programas de reabilitação respiratória iniciados no hospital, adaptando-os às reais necessidades do dia-a-dia da pessoa.

Magalhães (2009) através de uma revisão sistemática da literatura concluiu existir evidência científica para afirmar que a reabilitação respiratória para além de reduzir a dispneia, melhora a qualidade de vida, reduz o tempo de internamento e os episódios de exacerbações, como já referido, melhora a FEV1, a resposta à prova de marcha e promove o autocuidado, que é o foco central deste projeto.

Face ao exposto e de acordo com a ONDR (2009), a reabilitação respiratória apresenta evidência de uma benévola relação custo-benefício pelo que sua eleição nos cuidados de saúde quer a nível hospitalar, quer nos cuidados de saúde primário é fundamental.

2. MODELO CONCEPTUAL – TEORIA DO AUTOCUIDADO DE OREM

O autocuidado tem sido identificado como um recurso para a promoção da saúde e gestão dos processos saúde-doença, nomeadamente no que diz respeito a doenças crónicas como a DPOC (Petronilho, 2012).

O modelo de Autocuidado de Orem, baseia-se na premissa que os indivíduos podem cuidar de si. Assim, o autocuidado é definido como uma função humana reguladora, deliberada que é realizada pela pessoa ou cuidador no sentido de manter a vida, a saúde e o bem-estar (Orem, 2001).

A Teoria do Autocuidado de Orem (2001) incorpora três teorias: a teoria do autocuidado, a teoria do défice de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem.

A **Teoria do Autocuidado** explica e descreve o autocuidado, contudo é importante perceber alguns conceitos utilizados por Orem e como eles se integram na sua teoria e assumem relevância para a prática de enfermagem.

Segundo Orem (2001) o autocuidado, compreende todas as atividades que o indivíduo realiza em favor de si mesmo, no sentido de manter a vida, a saúde e o bem-estar. Estas estão relacionadas com habilidades, limitações, valores e regras culturais e científicas da pessoa ou dos seus agentes.

O agente é aquele que realiza o cuidado, pode ser o próprio quando este se encontra independente ou pode ser outro indivíduo como um familiar ou amigo, quando o próprio não possui capacidades para fazê-lo, este é também denominado agente dependente de cuidados. Nesta situação a pessoa pode por vezes necessitar de cuidados especializados por parte da enfermagem (Petronilho, 2012).

A capacidade de autocuidado é a competência que o indivíduo tem de realizar comportamentos de autocuidado. Esta capacidade é influenciada por vários domínios, incluindo o cognitivo, físico, e psicossocial, bem como por aspetos demográficos e socioculturais (Doran, 2011).

A necessidade terapêutica de autocuidado (*therapeutic self-care demand*), “é uma estrutura formulada e expressada (...) em medidas de cuidados que deve ser executada para gerar processos de ação, utilizando os meios (...) para cumprir as metas reguladoras dos requisitos de autocuidado dos indivíduos” (Petronilho, 2012, p. 21). Assim, são definidos vários requisitos de autocuidado, identificados por Orem como grupos de necessidades do indivíduo, que se subdividem como universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde (Petronilho, 2012).

Os requisitos universais são comuns a todos os seres humanos, correspondem a ações que proporcionam as condições internas e externas que favorecem o desenvolvimento humano. Estão relacionados com a respiração eficaz, ingestão adequada de água e alimentos, processos adequados de eliminação, equilíbrio entre atividade e descanso, entre solidão e interação social, prevenção de risco para a vida e promoção do funcionamento e desenvolvimento humano. Quando o autocuidado assenta nestes requisitos, este decorre de forma eficaz e é promovida a saúde e o bem-estar (Silva et al, 2009).

Os requisitos de desenvolvimento surgem da necessidade de adaptação a mudanças que surgem na vida do indivíduo, ao longo das várias fases do desenvolvimento (ex: adolescência) ou condições que afetam o desenvolvimento (ex. maternidade e estado nutricional, situação de saúde) (Diógenes & Pagliuca, 2003).

Os requisitos de desvio de saúde, estão relacionados com a ocorrência de doenças que afetem os mecanismos fisiológicos e/ou psicológicos, alterando o funcionamento integral do ser humano. Assim, quando ocorre alteração permanente ou temporária do estado de saúde, e o indivíduo se encontra dependente total ou parcialmente na satisfação das suas necessidades, este muda de posição de agente de autocuidado para doente, ou seja, recetor de cuidado. Existem seis categorias de requisitos de autocuidado no desvio de saúde: procura de assistência médica, consciencialização dos efeitos da situação patológica, execução de medidas prescritas pelo médico, consciencialização dos efeitos desagradáveis das medidas, modificação do autocuidado e aceitação do seu novo estado de saúde (Petronilho, 2012).

O tipo e a quantidade de requisitos a satisfazer, sofrem alterações de acordo com os fatores condicionantes básicos como a idade, género, etapas de desenvolvimento, o estado de saúde, orientação sociocultural, fatores ambientais, disponibilidade de recursos e adequação, sistema familiar, sistema de saúde e padrão de vida (Molina & Valenzuela, 2009).

Desta forma, o autocuidado é considerado como uma função reguladora, voluntária, deliberada e contínua, realizada pela pessoa para controlar os fatores internos e externos que afetam o seu funcionamento e desenvolvimento, bem como dos seus dependentes. O autocuidado é também um comportamento aprendido, com uma finalidade, sendo um processo contínuo conduzido pelo EU ou em colaboração com o profissional de saúde, possuindo um padrão e uma sequência. Assim, o autocuidado é inerente e indispensável à vida, dando resposta ao instinto de sobrevivência (Denyes, Orem & Bekel, 2001).

Existem barreiras que dificultam a concretização do autocuidado como limitações físicas, carências de conhecimento, constrangimentos financeiros, agravamento de sintomas e múltiplos problemas com a medicação (Richard & Shea, 2011).

Segundo Orem (2001), quando as exigências de autocuidado são superiores à capacidade do indivíduo para o mesmo, surge o défice de autocuidado sendo necessário a intervenção de enfermagem e estamos perante a **Teoria do Défice de Autocuidado**. Para minimizar os efeitos desse défice, a autora define cinco métodos de ajuda para a prática de enfermagem: agir ou fazer pela pessoa, guiar e orientar, ensinar, proporcionar apoio físico e psicológico e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento da pessoa.

Face à existência de défice de autocuidado, Orem propõem a **Teoria dos Sistemas de Enfermagem**. Esta teoria assenta no planeamento e execução de um conjunto de ações com o objetivo do indivíduo reassumir o seu próprio cuidado. Orem (2001), identificou três classificações de sistemas de enfermagem. Quando o indivíduo é totalmente incapaz para o autocuidado, e a intervenção de enfermagem é necessária para compensar inteiramente essa incapacidade, é utilizado o *sistema totalmente compensatório*. Por outro lado, quando o indivíduo realiza algumas ações de autocuidado, mas necessita do enfermeiro para compensar aquelas que não

consegue executar, estamos perante o *sistema parcialmente compensatório*. Por fim, quando o indivíduo é capaz de executar ou pode aprender a executar medidas de autocuidado, então faz-se recurso ao *sistema de apoio-educação*.

2.1 O Enfermeiro Especialista de Reabilitação e a Promoção do Autocuidado na Pessoa com DPOC

A pessoa com DPOC, de acordo com a visão de Orem apresenta necessidades terapêuticas de autocuidado. A DPOC provoca na pessoa sintomas como a dispneia que se traduz principalmente em fases mais avançadas na incapacidade para o autocuidado (GOLD, 2013; Orem, 2001).

A pessoa com DPOC pode em fases de agudização da doença ou em estádios mais avançados deixar de ser capaz de ser o agente do autocuidado. Neste contexto, a família parece ser de extrema importância para o doente com DPOC que o substitui e/ou apoia na realização das AVD, quando este não é capaz. A realização de um estudo de caso por Kasikçi (2010) num doente com DPOC para além de demonstrar o impacto benéfico de um programa educacional na autoeficácia percebida na realização das AVD e autocuidado demonstrou que a família assume para o doente grande importância na satisfação das suas necessidades de autocuidado, quando o mesmo se encontra incapacitado. Na mesma linha, a relevância da família no processo de reabilitação da pessoa com DPOC é evidenciada num estudo de Kasikçi e Alberto (2006) em que se concluiu existir relação entre o suporte familiar e a reaquisição de comportamento de autocuidado por parte dos doentes.

A pessoa com DPOC, em fases de agudização da doença e em estádios mais avançados apresenta comprometimento a nível da capacidade para o autocuidado, deixando de ser capaz de suprir todos os requisitos de autocuidado. O cumprimento dos requisitos universais como a respiração, o equilíbrio entre atividade e repouso e a interação social estão comprometidos na pessoa que sofre de DPOC devido ao acometimento respiratório consequente, que limita a capacidade do indivíduo na satisfação das necessidades fundamentais, condicionando também a participação na vida social e laboral (NICE, 2010; Orem, 2001).

O cumprimento dos requisitos de desvio de saúde na pessoa com DPOC pode também estar afetado por esta se encontrar parcial ou totalmente dependente. Neste caso, deixa de ser agente de autocuidado, tornando-se recetora de cuidados, passando assim a requerer em determinados casos de cuidados de saúde. Por outro lado, o cumprimento deste tipo de requisitos também pode encontrar-se comprometido devido à dificuldade de adaptação/aceitação à situação de doença, apresentando a pessoa por vezes síndromes depressivos. (NICE, 2010; Orem, 2001).

A DPOC condiciona a capacidade de realização das AVD surgindo assim o défice de autocuidado. Nesta perspetiva o EEER para minimizar os efeitos desse défice, utiliza os cinco métodos de ajuda propostos por Orem (2001) e já referidos acima. Neste contexto, quando as diferentes atividades de autocuidado estão afetadas ou limitadas, a pessoa com DPOC torna-se em determinadas circunstâncias dependente de outros para as realizar, sendo aqui que a função do EEER ganha relevo, como detentor de saberes que lhe permite avaliar os diferentes graus de dependência e implementar estratégias de intervenção com recurso aos métodos de ajuda propostos por Orem (2001). Estes métodos podem ir desde a substituição da pessoa (agir ou fazer pelo outro); à transmissão de conhecimentos (educar); ao ensino de estratégias (instruir) ou treino de capacidades e AVD (treinar); ao apoiar física e psicologicamente e ao proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, tornando a pessoa apta a satisfazer as suas necessidades de autocuidado com vista à sua reintegração comunitária (GOLD, 2013).

Face à existência de défice de autocuidado, Orem (2001) propõe também o recurso à teoria dos sistemas. Na pessoa com DPOC, que é uma doença crónica, irreversível e de agravamento progressivo, provavelmente o sistema totalmente compensatório está relacionado com os estádios mais avançados da doença que correspondem a um maior grau de incapacidade ou a momentos de exacerbações da doença. O sistema parcialmente compensatório corresponderá a estádios intermédios da DPOC em que o individuo é capaz de realizar algumas atividades de autocuidado mas necessita do enfermeiro para compensar aquelas que não consegue executar. Por fim, o sistema de apoio-educação será aquele

implementado com maior destaque pelo EEER numa fase mais inicial da instalação da DPOC, em que a pessoa tem capacidade para o autocuidado mas pode apresentar necessidades de orientação na gestão da doença. O doente com DPOC independentemente do seu estágio, de acordo com o grau de agudização da doença pode num curto período de tempo necessitar de cuidados por parte do EEER dos três sistemas de enfermagem face às suas limitações funcionais e necessidades (Orem, 2001).

Os métodos de ajuda guiar/ orientar, ensinar e proporcionar apoio físico, bem como o sistema apoio-educação têm a sua efetividade e eficácia comprovada pela evidência científica encontrada através da revisão sistematizada da literatura, na qual está explicitado o efeito benéfico da intervenção do enfermeiro, nomeadamente do EEER na promoção do autocuidado.

Neste âmbito Nguyen et al. (2008) constatou num estudo randomizado controlado que a eficácia de um programa educacional realizado a doentes com DPOC quer em contexto de consulta presencial, quer através de seguimento eletrónico via on-line apresentava ao fim de 6 meses iguais benefícios. O programa educacional compreendia orientações sobre controlo da dispneia e estabelecimento de programas de exercícios a realizar no domicílio, traduzindo-se no aumento da autoeficácia e autocontrolo da dispneia, resistência ao exercício e consequentemente melhorava a capacidade para o autocuidado. Importa referir que a autoeficácia é segundo a teoria de Bandura (1997) o grau de confiança que um individuo tem acerca da sua habilidade para realizar uma atividade específica com sucesso.

Na mesma linha Trappenburg et al. (2009), num estudo com o mesmo desenho comprovou a efetividade de um plano educacional individualizado como suplemento a uma consulta de enfermagem de reabilitação respiratória. Este plano individualizado consistia no fornecimento de informação personalizada por escrito, de acordo com as necessidades identificadas descrevendo um conjunto de ações a concretizar de acordo com a severidade dos sintomas apresentados. Conclui-se que este plano melhorava a autogestão da doença, controlo sintomático, diminuía os episódios de exacerbação da doença e promovia o autocuidado.

Face a este estudo, importa perceber que frequentemente o conceito de autocuidado e autogestão são confundidos. Assim, a autogestão é considerada como uma componente do autocuidado, sendo a habilidade da pessoa de conjuntamente com familiares e profissionais de saúde, gerir de forma eficaz sintomas, tratamentos, consequências físicas, psicológicas, culturais e espirituais. Na autogestão está também inerente a capacidade de mudança de hábitos de vida necessários para viver com doença prolongada crónica (Redman, 2007).

A importância da abordagem educacional junto da pessoa com DPOC foi também comprovada pelo estudo de caso realizado por Kasikçi (2010) já referido previamente. Para além de sessões de reabilitação respiratória compostas por treino de exercícios da musculatura respiratória, exercícios respiratórios e relaxamento foram realizadas sessões educacionais com informações sobre a doença, instruções para o autocuidado e suporte social. Após aplicação de uma escala referente à autoeficácia percebida, concluiu-se que o programa educacional aumentava a perceção de autoeficácia acerca da capacidade para o autocuidado no dia-a-dia.

Casey, Murphy, Cooney, Mee e Dowling (2011) no seu estudo, descreveram o processo de construção de um programa estruturado de educação de reabilitação pulmonar a ser aplicado no contexto dos cuidados de saúde primários. Desenvolveram um programa que era composto uma intervenção educacional estruturada realizada por enfermeiros sobre gestão medicamentosa, gestão da dispneia, conhecimento e gestão de sintomas, exacerbações, stresse e ansiedade. Após desenvolverem o programa avaliaram a sua eficácia implementando-o num grupo de dezasseis doentes com DPOC, verificou-se através da aplicação de entrevistas que a sua capacidade de controlo da doença melhorou, nomeadamente o controlo sintomático da dispneia, sucedendo-se o mesmo com a capacidade de autogestão terapêutica, referindo também a aquisição de capacidades na realização das suas atividades do dia-a-dia e autocuidado. Este estudo demonstra ainda a importância da intervenção do enfermeiro de cuidados de saúde primários junto do doente com DPOC na comunidade na sua autogestão e promoção do autocuidado.

Warwik, Gallagher, Chenoweth e Parbury (2009) do seu estudo qualitativo concluíram que a autogestão através da monitorização de sintomas promove o autocuidado e reduz os internamentos por exacerbações dos doentes com DPOC,

devendo os enfermeiros encorajar este comportamento junto dos doente. Quando o doente tem um cônjuge este assume-se como importante na gestão da doença, constatando-se a relevância da família na promoção do autocuidado.

Outro estudo realizado por Theander, Jakobsson, Jorgensen e Unosson (2009) demonstrou que um programa de reabilitação respiratória realizado por enfermeiros a doentes com DPOC abrangendo realização de exercícios respiratórios e treino de exercício duas vezes por semana, incluindo ainda uma abordagem educacional, aumenta a capacidade no teste de caminhada de 6 minutos e promove o desempenho e satisfação nas atividades de autocuidado, produtividade e lazer. A abordagem educacional neste estudo incluía aconselhamento nutricional, autocuidado e educação sobre a doença como a gestão terapêutica e estratégias de conservação de energia,

Assim a evidência científica encontrada destaca como intervenções de enfermagem que podem ser realizadas pelo EEER e que são promotoras do autocuidado na pessoa com DPOC a realização de exercícios respiratórios, treino de exercícios (Theander, Jakobsson, Jorgensen & Unosson, 2009) e intervenção educacional (Nguyen et al., 2008; Trappenburg et al. 2009; Theander, Jakobsson, Jorgensen & Unosson, 2009; Warwik, Gallagher, Chenoweth e Parbury, 2009; Kasikçi 2010; Casey, Murphy, Cooney, Mee & Dowling, 2011). A nível educacional nos vários estudos, foi dado ênfase ao fornecimento de orientações acerca da autogestão da doença, nomeadamente controlo sintomático e gestão terapêutica.

De realçar que se verificou que a família assume uma importância fulcral na promoção do autocuidado do doente com DPOC, devendo ser envolvida no programa de reabilitação (Warwik, Gallagher, Chenoweth e Parbury, 2009; Kasikçi, 2010).

Por outro lado, pode-se inferir da evidência encontrada no estudo de Casey, Murphy, Cooney, Mee e Dowling (2011) que o EEER em contexto de cuidados de saúde primários aparenta estar numa posição privilegiada, para realizar intervenções promotoras de autocuidado na pessoa com DPOC. Torna-se deste modo clara a importância da articulação entre cuidados hospitalares e cuidados de saúde primários relativamente a programas de reabilitação respiratória, facilitando após a

alta hospitalar a reinserção familiar e social da pessoa (Machado, Silva & Santos, 2010).

À luz da teoria de Orem o objetivo dos cuidados de enfermagem é reduzir as necessidades de autocuidado a um nível que o doente possa satisfazê-las, levá-lo a aumentar a sua capacidade de resposta à necessidade de autocuidado, apoiar o agente de autocuidado dependente e satisfazer diretamente as necessidades da pessoa através dos cuidados de enfermagem. Esta teoria está em plena sintonia com as competências específicas do EEER que preveem o cuidado da pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo da vida, capacitar a pessoa com limitação da atividade e a restrição na participação para a reinserção social e maximização da funcionalidade e capacidades da pessoa (OE, 2010).

3. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Após a definição da área temática e com a realização da fundamentação teórica surge a necessidade de se definir o problema geral deste projeto, bem como os problemas parcelares, surgindo ambos em forma de questão.

3.1 Problema Geral

Deste modo, tendo por base as competências específicas do EEER e a problemática inerente a este projeto surgiu-me como problema geral: Qual o contributo do EEER na promoção do autocuidado na pessoa com DPOC?

Posteriormente foram construídos os Problemas Parcelares que serão apresentados de seguida.

3.2 Problemas Parcelares

Para dar resposta ao problema geral, foram definidos os seguintes problemas parcelares em forma de questão:

- Quais as necessidades de autocuidado da pessoa com DPOC?
- Quais as intervenções do EEER promotoras do autocuidado na pessoa com DPOC?
- Quais as intervenções como EEER junto da família/cuidador da pessoa com DPOC, de forma a promover o autocuidado?
- De que modo é possível a articulação entre EEER do contexto hospitalar e de cuidados de saúde primários, no sentido de permitir a continuidade dos cuidados de

reabilitação dos doentes com DPOC e promover o autocuidado, permitindo a sua reinserção familiar, social e laboral?

- Qual a importância da intervenção do EEER na promoção do autocuidado da pessoa com DPOC?

4. PREPARAÇÃO E PLANEAMENTO DO TRABALHO

Nesta fase de planeamento do trabalho será realizada a fundamentação da escolha dos locais de estágio, onde faço referência aos locais onde decorrerão os estágios, bem como o motivo pelo qual considero serem adequados para dar resposta às minhas aspirações; o planeamento das atividades a implementar nos estágios, assim como a previsão de limitações e constrangimentos e estratégias de resolução.

4.1 Fundamentação da Escolha dos Locais de Estágio

A escolha dos locais de estágio para a aplicação deste projeto de formação teve em conta alguns aspetos fundamentais tais como: os critérios definidos pela escola, preferências pessoais face ao leque de escolhas existente, a realidade dos locais de estágio, bem como a disponibilidade dos mesmos para me receberem.

Para poder dar resposta ao problema geral e problemas parcelares definidos neste projeto e no sentido também de poder desenvolver as competências específicas do EEER, preconizadas pela OE (2010), torna-se fulcral conhecer os diferentes contextos dos locais onde irão decorrer os estágios. O primeiro estágio terá uma duração de quatro semanas e irá decorrer no serviço de Neurologia do CHLN, Hospital Santa Maria, EPE. O último estágio terá a duração de onze semanas e será realizado no Serviço de Pneumologia do CHLN, Hospital Santa Marta, EPE, o cronograma de estágio está disponível no apêndice nº 3. Assim, foram realizadas entrevistas junto dos EEER e enfermeiros chefes dos locais selecionados para o desenvolvimento dos estágios, bem como observação da intervenção do EEER, no sentido de perceber se os mesmos apresentavam potencial para dar resposta aos objetivos propostos. No apêndice nº 4 estão disponíveis os guiões de entrevista e de observação aplicados. Tendo em conta a

aplicação destes guiões apresento de seguida a síntese dos motivos que justificam a pertinência dos locais escolhidos.

Quadro 1: Locais de Estágio: Justificação da escolha

| Locais de Estágio | Justificação/ Pertinência da Escolha |
|---|---|
| <i>Serviço de Neurologia do CHLN – Hospital Santa Maria, EPE</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Elevada incidência de doentes do foro da neurologia vascular como AVC e AIT e neurologia geral como Guilian Barré e Esclerose Lateral que necessitam de cuidados de enfermagem de reabilitação a nível respiratório, sensório-motor e eliminação; - Serviço com 2 EEER que se dedicam na íntegra à reabilitação, prestando apenas cuidados gerais em casos excecionais de défice de enfermeiros na equipa; - Implementado projeto educativo tendo como alvo os cuidadores da pessoa com AVC; - Disponibilidade demonstrada pelo serviço e EEER em me receber no período referido. |
| <i>Serviço de Pneumologia do Hospital do CHLC – Hospital Santa Marta, EPE</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Possibilidade de conhecer a realidade de outro serviço de Pneumologia; - Elevada prevalência de doentes com DPOC; - Tem 5 EEER que prestam cuidados gerais e como especialistas sendo responsáveis preferencialmente pela prestação de cuidados a doentes que apresentam maior necessidade de cuidados de reabilitação; - Um dos EEER tem como área preferencial de atuação a reabilitação da pessoa com DPOC; - Doentes internados com especial comprometimento da componente respiratória mas que devido às comorbilidades associadas apresentam também necessidade de cuidados de reabilitação a nível sensório-motor e eliminação; - Razoável rácio enfermeiro-doente, sendo cada enfermeiro responsável pelos cuidados de 4 a 6 doentes nos turnos da manhã e tarde; - Está em processo de desenvolvimento o registo informatizado pela CIPE dos cuidados de enfermagem de reabilitação; - Disponibilidade demonstrada pelo serviço e EEER em me receber no período referido. |

4.2 Planeamento das Atividades

A realização dos estágios constitui a operacionalização deste projeto. Importa assim nesta fase proceder ao planeamento das atividades a desenvolver, tendo por base o estabelecimento de objetivos gerais. Através destes, são delineados objetivos específicos que farão parte deste planeamento e darão resposta ao problema geral do projeto tendo por base as competências do EEER. No planeamento serão ainda delimitadas as atividades a desenvolver, os recursos necessários e os indicadores/critérios de avaliação. O planeamento das atividades deste projeto pode ser consultado no apêndice nº 5.

Todo o planeamento tem de decorrer ao longo do tempo e para isso deve existir uma representação gráfica ou esquemática desse mesmo período, assim, nesta fase da planificação é também elaborado o cronograma dos objetivos específicos, que se encontra disponível no apêndice nº 6. Neste cronograma encontra-se a calendarização determinada das datas de início e fim dos objetivos específicos propostos (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

4.3 Limitações e Constrangimentos e Estratégias de Resolução

Para a realização deste projeto a principal limitação com que me deparei foi a limitação temporal para a sua realização, dado que considero que um projeto desta natureza carecia de um maior número de horas do plano formativo para a sua elaboração. Contudo, e uma vez que a realização desta formação surgiu de uma enorme vontade e motivação pessoal mobilizei como estratégia para colmatar este constrangimento, gerir o pouco tempo disponível estabelecendo uma calendarização pessoal rigorosa com o estabelecimento de prazos para a elaboração de cada etapa do projeto.

Outro constrangimento com que me deparei foi a dificuldade quanto à revisão sistematizada da literatura acerca da problemática. Constatei que a nível internacional não existem profissionais de enfermagem especialistas na área da

reabilitação, pelo que as intervenções identificadas eram maioritariamente realizadas por enfermeiros generalistas ou no âmbito da enfermagem da especialidade respiratória. Contudo, apesar da realidade da formação profissional ser distinta da portuguesa, para resolver esta limitação considere-se que as intervenções identificadas como promotoras do autocuidado na pessoa com DPOC, poderiam ser desempenhadas pelo EEER tendo em consideração as suas competências específicas.

Prevejo ainda como limitação futura, no contexto da realização dos estágios o facto de por motivos pessoais ter necessidade de iniciar a sua realização mais tardiamente, relativamente ao cronograma previsto pela escola. Apesar deste constrangimento a Sra. Professora Coordenadora do curso consentiu excepcionalmente a reorganização do cronograma de estágio. Contudo, vou dispor de menos duas semanas relativamente aos restantes estudantes para a realização dos estágios o que me vai obrigar a uma planificação muito sistematizada, concisa e estruturada dos turnos de forma a conseguir conciliar os turnos do estágio com os turnos do meu local de trabalho.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A DPOC como doença crônica de evolução lenta, que progride no sentido de patamares de dependência mais elevados acometendo a capacidade da pessoa para o autocuidado. Contudo, os progressos no âmbito da investigação das ciências da saúde têm permitido que doentes com doenças respiratórias crônicas como a DPOC vivam durante mais anos. Neste contexto, a intervenção do EEER é crucial executando cuidados especializados e personalizados com vista a maximizar as funcionalidades promovendo a independência e autocuidado.

A intervenção do EEER no contexto da reabilitação respiratória contribui para a promoção do autocuidado, capacitando a pessoa com DPOC para a autogestão da doença, reduzindo as exacerbações e consequentemente os reinternamento, traduzindo-se ainda em benefícios socioeconómicos. Neste sentido, a família da pessoa com DPOC constitui um pilar fulcral na aquisição de comportamentos de autocuidado devendo ser incluída no processo de reabilitação, em situações de doença mais avançada esta assume-se como agente de autocuidado dependente. Por outro lado, a articulação entre EEER do contexto hospitalar e dos cuidados de saúde primários revela-se como fundamental pois permite dar continuidade ao processo de reabilitação destes doentes permitindo a sua reinserção familiar e social.

Assim em jeito conclusivo, a realização deste projeto de formação permitiu mobilizar saberes e competências, tendo origem num desejo e intenção pessoal, tendo-se concretizado através de uma ação refletida, esclarecida e planeada. A sua elaboração foi motivante e surgiu como uma oportunidade de autoformação que implicou a aquisição, mobilização e desenvolvimento de um variado leque de conhecimentos e competências, permitindo o aprofundar conhecimentos. Deste modo, considero ter alcançado os propósitos delimitados para a elaboração deste projeto de formação. Espero que em estágio me seja possível atingir os objetivos a que me proponho desenvolvendo as competências específicas preconizadas para o

EEER. Contudo, é de salientar que este projeto não é estanque, estando sujeito a modificações de acordo com as necessidades sentidas ao longo da sua operacionalização com a realização dos estágios previstos.

BIBLIOGRAFIA

Almeida, A., Aguiar, M. & Martins, C. (2010). Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. In Almeida, A. (Editor). *Pneumologia Clínica III* (209-258). Lisboa: AtralCipan.

American Thoracic Society (1995). Dyspnea: mechanisms, assessment, and management: A consensus statement. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 159. 321-340.

Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: WH Freeman.

Casey, D., Murphy, K., Cooney, A., Mee, L. & Dowling, M. (2011). Developing a structured education programme for clients with COPD. *British Journal of Community Nursing*. 16 (5) 231-237.

Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória – Conceitos, Princípios e Técnicas*, Loures: Lusociência.

Denyes, M. J., Orem, D. E., & Bekel, G. (2001). Self-Care: A Foundational Science. *Nursing Science Quarterly*. 14(1) 48– 54.

Diógenes, M. & Pagliuca, L. (2003). Teoria do Autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermagem . *Revista Gaúcha Enfermagem*. 24 (3) 286-293.

Direção Geral de Saúde (DGS). (2009). *Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)*. Lisboa: DGS.

Direção Geral de Saúde (DGS). (2005). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Lisboa: DGS.

Doran, D. M. (2011). *Nursing Outcomes The State of Science* (2nd ed.). Canada: Copyright © by Jones & Bartlett Learning, LLC.

Espanhol, R. (2011). *DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Universidade Fernando Pessoa. Tese de Mestrado, Porto.

Ferreira, S. & Taveira, N. (2010). Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. In Araújo, A. (Coordenador). *Pneumomecum* (53-64). Lisboa: Permanyer Portugal.

GOLD (2013). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease.

Kasikçi, M. & Alberto, J. (2006). Family support, perceived self-efficacy and self-care behavior of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*. 16. 1468-1478.

Kasikçi, M. (2010). Using self-efficacy theory to educate a patient with chronic obstructive pulmonary disease: A case study of 1-year follow-up. *International Journal of Nursing Practice*. 17 1-8.

Kelleher, H., Perker, R., Abdulwadud, O. & Francis, F. (2009). Systematic review of the effectiveness of primary care nursing. *International Journal Nursing Practice*. 15. 16-24.

Lee, D. (2008). *Understanding COPD Chronic Obstrutive Pulmonary Disease*. England: Family Doctor Publications, Ltd.

Lopez, A. & Murray, C (1998). The Global burden of disease, 1990-2020. *Nature Medicine*. 4. 1241-1243.

Machado, C., Silva, R. & Santos, S. (2010). Articulação e continuidade de cuidados no cliente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. In Costa, M., Gomes, B. & Martins M. (Coordenadores). *Coletânea de Textos – Enfermagem de Reabilitação* (49-77). Coimbra: Formassau.

Magalhães, M. (2009). O Processo de Cuidados de Enfermagem à pessoa com deficiência ventilatória crónica – DPOC: da evidência científica à mudança de práticas. *Revista Investigação em Enfermagem*. (Ago.) 26-39.

Ministério da Saúde (2002). *Norma de Orientação Clínica: Tratamento do uso e dependência de tabaco*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Molina, A. & S, Valenzuela, S (2009). Teoria de Orem aplicada a intervenciones durante el embarazo y climaterio. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 62(4) 613-619.

NICE. (2010). *Chronic obstructive pulmonary disease: Management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care*. National Clinical Guideline Centre - Acute and Chronic Conditions. UK: Royal College of Physicians of London.

Nguyen , H., Nonesky-Cuenco, D., Wolpin, S., Reinke, L., Benditt, J., Paul, S. & Carrieri-Kohman, V. (2008). Randomized controlled trial of na internt-based versos face-to-face dyspnea self-management Program for Patients whith cronic obstructive pulmonary disease: Pilot Study. *J Med Internet Res* .10 (2).

Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR). (2009). *Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias*. Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. Fundação Portuguesa do Pulmão.

Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR). (2011). *Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias*. Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. Fundação Portuguesa do Pulmão.

Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR). (2012). *Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias*. Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. Fundação Portuguesa do Pulmão.

Ordem Dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice*. (6th ed. ed.). St. Louis: Mosby.

Pamplona, P., Morais, L. (2007). Treino de exercício na doença pulmonar obstrutiva. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. Vol XIII, Nº Janeiro/Fevereiro.

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado – Conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau.

Redman, B. (2007). Responsibility for control; ethics of patient preparation for self-management of chronic disease. *Bioethics*. 21 (5) 243-250.

Richard, A. & Shea, K. (2011). Delineation of self-care and associated concepts. *Journal of nursing scholarship. Sigma Theta Tau*. 43 (3) 255-64.

Ries, A. L., Bauldoff, G. S., Carlin, B. W., Casaburi, R., Emery, C. F., Mahler, D. A., . . . Herrerias, C. (2007). Pulmonary Rehabilitation: Joint ACCP/AACVPR Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *CHEST*, 131 (5) 4S-42S.

Rudkin, S. (2005). Reabilitação respiratória. In G. Esmond. *Enfermagem das Doenças Respiratórias*. Loures: Lusociência.

Ruivo, M.; Ferrito, C & Nunes, L. (2010). Metodologia do Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos - Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal*. 15. Jan-Mar. 1-37.

Silva, I., Oliveira, M., Silva, E., Polaro, S., Radünz, V., Santos, E. & Santana, M. (2009). Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 43 (3) 697-703.

Soares, S & Carvalho, C. (2009). Intolerância ao Exercício em pacientes com doença pulmonar obstrutiva. *Revista Ciências Médicas Campinas*. 18 (3) 143-151. Acedido em 5/06/13. Disponível em:
<http://periodicos.puccampinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/641/621>

Theander, K., Jakobsson, P., Jorgensen, P. & Unosson, M. (2009). Effects of pulmonary rehabilitation on fatigue, functional status and health perceptions in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a randomised controlled trial. *Clinical Rehabilitation*. 23 125-136.

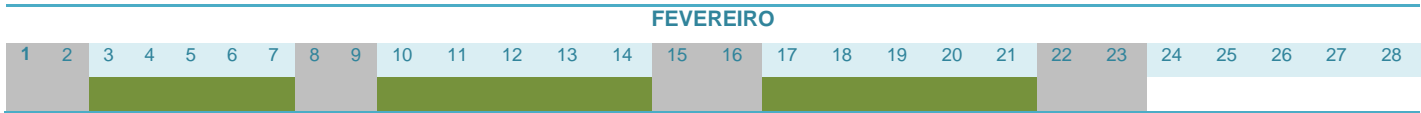
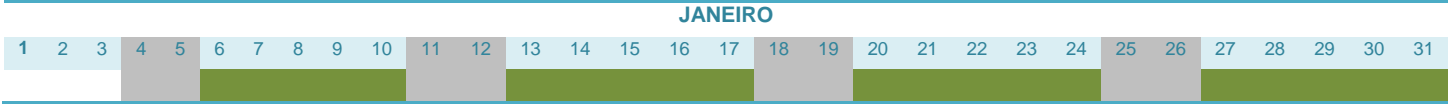
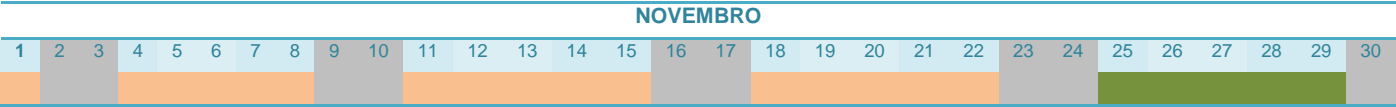
Trappenburg, J., Koevoets, L., Oene, G., Monninkhof, E., Bourbeau, J., Troosters, T.... Schri jvers, A. (2009). Action Plan to enhance self-management and early detection of exacerbations in COPD patients. *BMC Pulmonary Medicine*. 9 (52) 1-10.

Vítor, A., Lopes, M. & Araújo, T. (2010). Teoria do deficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. *Reflexão*. 14(3). 611-616.

Warwik, M., Gallagher, R., Chenoweth, L. & Parbury, J. (2009). Self-management and symptom monitoring among older adults with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of advanced nursing*. 66 (4), 784-79

APÊNDICE II – Cronograma de Estágio

Cronograma de Estágio



Serviço de Neurologia CHLN Hospital Santa Maria

Serviço de Pneumologia CHLC Hospital Santa Marta

APÊNDICE III – Planificação das Atividades

Planificação das Atividades

Objetivos Gerais:

- Desenvolver competências como EEER na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa com DPOC e sua família, que apresentam défice de autocuidado.
- Prestar cuidados de reabilitação nas diferentes áreas de atuação, nomeadamente na área sensório-motora, respiratória e de eliminação e em todas as dimensões afetadas na pessoa, capacitando a pessoa para o autocuidado.
- Desenvolver competências na área da clínica, formação, gestão e investigação.

| Serviço de Neurologia do CHLN – Hospital Santa Maria, EPE | | | | |
|---|--|---|--|--|
| Domínios e Competências | Objetivos Específicos | Atividades a Desenvolver | Recursos | Indicadores e Critérios de Avaliação |
| A - Responsabilidade profissional ética e legal. A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. B - Domínio da melhoria da qualidade da qualidade. B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro. C – Domínio da gestão dos cuidados. C1. Gere os cuidados, otimizando | 1 – Integrar de forma progressiva e gradual a equipa multidisciplinar, a dinâmica organizacional e o funcionamento do Serviço de Neurologia do CHLN – HSM, EPE. | <ul style="list-style-type: none"> • Visita ao serviço de Neurologia do CHLN - Hospital de Santa Maria; • Reuniões informais com: Enfermeira Chefe, EEER, com aplicação de Guiões de Entrevista (Apêndice nº 4); • Reuniões informais com as pessoas internadas/famílias e outros elementos da equipa de enfermagem e multidisciplinar; • Consulta os documentos do serviço: manuais/ protocolos/ normas/ instrumentos de registo; de transferência e alta hospitalar; de encaminhamento para a comunidade; • Observa a intervenção da EEER e a sua dinâmica na equipa multidisciplinar; | Humanos: Professor orientador, enf. ^a chefe, EEER, restantes enfermeiros, pessoas/ famílias e elementos da equipa multidisciplinar. Materiais: Documentos do serviço (manuais/ protocolos/ normas/ | Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> - Ter efetuado pelo menos uma visita ao serviço de Neurologia do CHLN - Hospital de Santa Maria; -Ter realizado pelo menos uma reunião informal com Enf.^a Chefe, EEER, pessoas internadas e restantes elementos da equipa de enfermagem e multidisciplinar; - Ter consultado os documentos do serviço existentes: manuais/protocolos/normas/ instrumentos de registo como os de transferência/alta hospitalar e de encaminhamento para a comunidade; - Ter observado a intervenção e dinâmica da EEER no seio da equipa multidisciplinar, como elemento dinamizador; - Ter identificado pelo menos três funções da EEER na prestação de cuidados à pessoa/família que está a vivenciar processos de doença com alterações do |

| | | | | |
|--|--|---|---|---|
| <p>a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; C1.1. Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.</p> <p>D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p> <p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p> | | <ul style="list-style-type: none"> Identifica as funções da EEER na prestação de cuidados à pessoa/família que está a vivenciar processos de doença com alterações do foro sensório-motor/neurológico, que lhes confere grau de limitação e restrição na participação; Toma conhecimento dos recursos humanos, físicos e materiais existentes no serviço, que possam ser mobilizados na prestação de cuidados de enfermagem gerais e de reabilitação; Identifica os procedimentos de acolhimento/colheita de dados e de preparação para a alta/reintegração na comunidade da pessoa com patologia do foro sensório-motor/neurológico e sua família; Estabelece uma relação profissional com a equipa multidisciplinar; Estabelece uma relação terapêutica com a pessoa/família; Desenvolve auto-conhecimento para a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa/família e/ou equipa multidisciplinar; Reconhece as suas potencialidades e limites pessoais e profissionais; Observa como se processa a tomada de decisão na equipa multidisciplinar. | <p>instrumentos de registo, de alta/transferência e encaminhamento para a comunidade).</p> <p>Físicos: Serviço de Neurologia do CHLN - Hospital de Santa Maria.</p> <p>Temporais: Outubro a Novembro de 2013 (Ver Cronograma no Apêndice nº 6).</p> | <p>foro sensório-motor/ neurológico;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter conhecimento dos recursos humanos, físicos e materiais existentes no serviço para serem mobilizados na prestação de cuidados de enfermagem gerais e de reabilitação; - Ter identificado pelo menos três procedimentos de acolhimento/colheita de dados e de preparação para a alta/reintegração na comunidade; - Ter estabelecido uma relação profissional com a equipa multidisciplinar; - Ter estabelecido uma relação terapêutica com a pessoa/família; - Ter identificado pelo menos dois fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa/família e/ou equipa multidisciplinar; - Ter reconhecido as suas potencialidades e limites pessoais e profissionais; - Ter colaborado nas decisões da equipa multidisciplinar. <p>CrITÉRIOS de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De que modo as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para a integração na equipa multidisciplinar, na dinâmica, funcionamento, organização e atividades do serviço de Neurologia do CHLN - Hospital de Santa Maria; - Reflete sobre as atividades e estratégias desenvolvidas e na sua importância para atingir o objetivo; - De que modo as intervenções planeadas contribuem para prestar cuidados de enfermagem de reabilitação em articulação com a pessoa/família e os vários elementos da equipa multidisciplinar. |
| <p>D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> | <p>2 – Aprofundar conhecimentos de enfermagem de reabilitação na área</p> | <ul style="list-style-type: none"> Identifica as necessidades formativas pessoais; Utiliza as tecnologias de informação e | <p>Humanos: Professor orientador, enf.^a chefe, EEER,</p> | <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ter identificado necessidades formativas pessoais; - Ter usado tecnologias de informação e métodos de pesquisa bibliográfica adequados; |

| | | | | |
|---|--|--|--|---|
| <p>D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;</p> <p>D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade;</p> <p>D2.2. Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade;</p> <p>D2.3. Provê liderança e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.</p> <p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p>J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</p> <p>J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p> | <p>dos cuidados à pessoa com alterações sensório-motoras/neurológicas e sua família.</p> | <p>métodos de pesquisa bibliográfica adequados;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem; • Aplica os conhecimentos adquiridos, mobilizando-os na prestação de cuidados de enfermagem especializados, seguros e competentes à pessoa com alterações do foro sensório-motor/neurológico e sua família; • Partilha os saberes e experiências com o Professor Orientador e a Enf.^a Orientadora do Ensino Clínico e os vários elementos da equipa multidisciplinar do local de estágio; • Participa em ações de formação que possam surgir acerca da temática. | <p>restantes enfermeiros e elementos da equipa multidisciplinar.</p> <p>Materiais: Computador com acesso à internet e às bases de dados internacionais, livros, trabalhos académicos, artigos científicos, teses de mestrado e doutoramento acerca da temática.</p> <p>Físicos: ESEL – nomeadamente bibliotecas dos três pólos e Serviço de Neurologia do CHLN - Hospital de Santa Maria.</p> <p>Temporais: Outubro a Novembro de 2013 (Ver Cronograma no Apêndice nº6)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Ter rentabilizado as oportunidades de aprendizagem; - Ter aplicado os conhecimentos adquiridos, mobilizando-os para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, seguros e competentes; - Ter partilhado saberes e experiências com o Professor Orientador e a Enf.^a Orientadora do Ensino Clínico e os vários elementos da equipa multidisciplinar do local de estágio; - Ter participado em pelo menos uma ação de formação se surgir oportunidade. <p>Critérios de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para o aprofundar de conhecimentos de enfermagem de reabilitação na área do cuidado de reabilitação à pessoa com alterações do foro sensório-motor/neurológico e sua família; - Reflete nas atividades/estratégias utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo; - De que modo assume responsabilidades de autoformação e estimula a equipa multidisciplinar para a partilha e discussão de experiências e conhecimentos; - De que forma demonstra conhecimentos teóricos em enfermagem de reabilitação na área dos cuidados de reabilitação à pessoa com alterações do foro sensório-motor/neurológico e sua família; - De que forma evidencia a teoria na prática; |
| <p>A - Responsabilidade profissional, ética e legal</p> | <p>3 – Prestar cuidados de enfermagem de</p> | <p>• Evidencia conhecimentos científicos atuais acerca de avaliação e intervenção na</p> | <p>Humanos: Professor</p> | <p>Indicadores: -Ter evidenciado conhecimentos científicos atuais</p> |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| <p>A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p>A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p> <p>B - Domínio da melhoria da qualidade</p> <p>B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;</p> <p>B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo;</p> <p>D - Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> <p>D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p> <p>D2. Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p> <p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p> <p>J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações.</p> <p>J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo a autocuidado nos</p> | <p>reabilitação à pessoa com patologia do foro sensório-motor/neurológico e sua família promovendo a otimização e/ou reeducação das suas funções motoras, sensoriais, cognitivas, cardio-respiratórias, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, com vista à melhoria da sua qualidade de vida, reinserção comunitária e promoção do autocuidado, tendo por base os princípios éticos e legais.</p> | <p>pessoa com patologia do foro sensório-motor/neurológico e sua família;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presta cuidados à pessoa e sua família tendo por base os princípios presentes no código deontológico do enfermeiro; • Avalia o risco de alteração da funcionalidade, limitação da atividade e restrição da participação na pessoa com patologia do foro sensório-motor/neurológico; • Avalia a pessoa com recurso aos instrumentos e escalas de avaliação adequados à sua situação; • Identifica as necessidades de autocuidado alteradas da pessoa com patologia do foro sensório-motor/ neurológico e sua família, de modo a reeducar as funções a motoras, sensoriais, cognitivas, cardio-respiratórias, de alimentação, da eliminação e da sexualidade, para que possa realizar as AVD de forma independente; • Identifica os requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde da pessoa que podem condicionar o seu autocuidado; • Identifica os fatores condicionantes da pessoa, internos e externos, para o autocuidado, assim como, os facilitadores ou inibidores para a realização das AVD de forma independente no contexto de vida da pessoa; • Avalia os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de | <p>orientador, enf.^a chefe, EEER, restantes enfermeiros, elementos da equipa multidisciplinar, pessoas internadas e suas famílias.</p> <p>Materiais:</p> <p>Experiência da enf.^a orientadora e da equipa multidisciplinar; matérias lecionadas nas disciplinas de Reabilitação I, II e III e Enfermagem Avançada; Pesquisa Bibliográfica sobre a avaliação e intervenção na pessoa com patologia do foro sensório-motor; instrumentos de avaliação; planos de cuidados realizados e código deontológico.</p> <p>Físicos:</p> | <p>acerca de avaliação e intervenção na pessoa com patologia do foro sensório-motor/ neurológico e sua família;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter prestado cuidados baseados nos princípios vigentes no código deontológico; -Ter avaliado o risco de alteração da funcionalidade, limitação da atividade e restrição da participação a pelo menos três pessoas com patologia do foro sensório-motor/neurológico; -Ter avaliado pelo menos três pessoas com recurso aos instrumentos de avaliação adequados à sua situação; -Ter identificado as necessidades de autocuidado alteradas da pessoa com patologia do foro sensório-motor/neurológico e sua família; -Ter identificado os requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde alterados de pelo menos três pessoas às quais tenha prestado cuidados; -Ter identificado os fatores condicionantes, internos e externos, para o autocuidado, assim como, os facilitadores ou inibidores para a realização das AVD, de pelo menos três pessoas às quais tenha prestado cuidados; -Ter avaliado os aspetos psicossociais de pelo menos três pessoas às quais tenha prestado cuidados, promovendo a articulação com a equipa multidisciplinar; -Ter realizado intervenções recorrendo aos sistemas de enfermagem propostos por Orem, avaliando em qual a pessoa se situa; -Ter utilizado os modos de ação propostos por Orem para ensinar, instruir e treinar; -Ter selecionado e realizado ensinamentos acerca dos produtos de apoio adequados às necessidades de pelo menos três pessoas às quais tenha prestado cuidados; - Ter planeado e implementado pelo menos três planos de intervenção/treino de AVD; -Ter utilizado estratégias de resolução de problemas |
|--|--|---|--|--|

| | | | | |
|---|--|--|--|---|
| <p>processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade.</p> <p>J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da eliminação e da sexualidade.</p> <p>J1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas.</p> <p>J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</p> <p>J2.1. Elabora e implementa planos de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.</p> <p>J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p> <p>J3.1. Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório;</p> <p>J3.2. Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados.</p> | | <p>transição saúde/doença e ou incapacidade, promovendo a articulação com a equipa multidisciplinar nomeadamente psicólogo e assistente social do serviço;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recorre aos sistemas de enfermagem propostos por Orem, avaliando em qual a pessoa se situa, que pode ser num sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio/educação; • Utiliza os modos de ação propostos por Orem para ensinar, instruir e treinar sobre técnicas a utilizar para maximizar todo o potencial da pessoa, tendo em conta os seus objetivos individuais, de modo a que esta e a sua família consigam realizar intervenções adequadas às suas necessidades e nos diferentes contextos, internamento, domicílio e comunidade; • Seleciona e ensina a utilização de produtos de apoio/dispositivos de compensação adaptados às limitações e necessidades da pessoa com patologia do foro sensório-motor/neurológico, bem como às suas condições habitacionais e contextos de vida social e profissional, com vista à promoção da sua independência e autocuidado; • Planeia e implementa planos de intervenção/treino de AVD com vista a uma reeducação funcional; à satisfação das necessidades de autocuidado da pessoa/família; à promoção da saúde; à prevenção de lesões e à maximização da sua autonomia e qualidade de vida; • Utiliza estratégias de resolução de | <p>ESEL – Pólo Ravara e Serviço de Neurologia do CHLN - Hospital de Santa Maria.</p> <p>Temporais: Outubro a Novembro de 2013 (Ver Cronograma no Apêndice nº 6)</p> | <p>desenvolvidas em parceria com a pessoa e sua família;</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ter monitorizado e avaliado os resultados das intervenções implementadas; -Ter reformulado as intervenções implementadas tendo em conta os resultados esperados; - Ter efetuado registos de enfermagem de reabilitação; - Ter elaborado pelo menos três planos de cuidados globais/reabilitação adaptados à pessoa com patologia do foro sensório-motor/neurológico e sua família. <p>Critérios de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia do foro sensório-motor/neurológico e sua família, que lhes conferem alterações nas suas necessidades de autocuidado, tendo em vista a promoção do seu autocuidado, restauração da função e maximização da sua capacidade funcional o mais precocemente possível; - Reflete nas atividades/estratégias e na sua importância para atingir o objetivo; - De que modo assume responsabilidades na implementação de programas de reabilitação que promovam o autocuidado e maximizem a funcionalidade, desenvolvendo todas as capacidades e potencialidades da pessoa com patologia do foro sensório-motor/neurológico e sua família. - De que modo as atividades planeadas permitiram o desenvolvimento de perícia na execução das intervenções de enfermagem de reabilitação. |
|---|--|--|--|---|

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| | | <p>problemas desenvolvidas em parceria com a pessoa e sua família;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoriza e avalia os resultados das intervenções implementadas; • Reformula as intervenções implementadas tendo em conta os resultados esperados e sempre que se justifique; • Realiza registos de enfermagem de reabilitação; • Elabora planos de cuidados de reabilitação adaptados à pessoa com patologia do foro sensório-motor/neurológico e à sua família. | | |
| <p>A- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.</p> <p>B- Domínio da melhoria da qualidade.</p> <p>C- Domínio da gestão dos cuidados.</p> <p>D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.</p> <p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p>J2- Capacita a pessoa com</p> | <p>4 - Elaborar o Relatório Final do Projeto de Formação</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Mobiliza e aplica na prática dos conhecimentos adquiridos na teoria, evidenciando as competências desenvolvidas, fazendo uma reflexão crítica de todo o percurso; • Fundamenta os cuidados prestados, através dos registos dos ensinos efetuados e a evolução observada; descrição do grau de envolvimento e as competências adquiridas pela pessoa e sua família; • Justifica as opções, prioridades e planeamento dos cuidados definidos; • Elabora o relatório de estágio no qual aborda quais as competências desenvolvidas no decorrer do ensino clínico, recorrendo a uma análise crítica do percurso realizado; • Descreve as atividades desenvolvidas | <p>Humanos: Professor orientador, enf.^a chefe, EEER, restantes enfermeiros e elementos da equipa multidisciplinar, pessoas e suas famílias.</p> <p>Materiais: Reflexões das experiências vivenciadas em estágio.</p> <p>Físicos: ESEL – Pólo Ravara e Serviço de</p> | <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ter mobilizado e aplicado na prática os conhecimentos adquiridos na teoria, evidenciando as competências desenvolvidas, fazendo uma reflexão crítica de todo o percurso; -Ter fundamentado os cuidados prestados, através dos registos dos ensinos efetuados e a evolução observada; descrição do grau de envolvimento e as competências adquiridas pela pessoa e sua família; -Ter justificado as opções, prioridades e planeamento dos cuidados definidos; - Ter elaborado o relatório de estágio no qual aborda quais as competências desenvolvidas no decorrer do ensino clínico, recorrendo a uma análise crítica do percurso realizado; -Ter descrito as atividades desenvolvidas durante o ensino clínico e realizado uma análise de todo o processo de formação; -Ter efetuado um registo/reflexão semanal dos momentos de aprendizagem, experiências vividas, intervenções desenvolvidas e dificuldades sentidas, durante o estágio; |

| | | | | |
|--|--|---|---|---|
| <p>deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</p> <p>J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p> | | <p>durante o ensino clínico e realização de uma análise de todo o processo de formação;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reflete acerca dos momentos de aprendizagem, experiências vividas, intervenções desenvolvidas e dificuldades sentidas durante o estágio, realizando um registo semanal; • Identifica os aspetos positivos/negativos e de que forma contribuíram para o meu processo de aprendizagem, bem como para a aquisição de competências na área da enfermagem de reabilitação; • Avalia o cumprimento dos objetivos estabelecidos no projeto de formação; • Identifica as oportunidades de melhoria; • Seleciona estratégias de melhoria pessoal e profissional. | <p>Neurologia do CHLN - Hospital Santa Maria e Serviço de Pneumologia do CHLC - Hospital de Santa Marta.</p> <p>Temporais: Outubro de 2013 a Março de 2014 (ver cronograma no Apêndice nº 6)</p> | <p>-Ter identificado quais os aspetos positivos/negativos e de que forma contribuíram para o meu processo de aprendizagem, bem como para a aquisição de competências na área da enfermagem de reabilitação;</p> <p>-Ter avaliado se os objetivos estabelecidos no projeto de formação foram atingidos no decorrer do estágio;</p> <p>-Ter identificado pelo menos duas oportunidades de melhoria;</p> <p>-Ter selecionado pelo menos duas estratégias de melhoria pessoal e profissional.</p> <p>Crítérios de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para a elaboração do relatório de estágio; - Reflete nas atividades/estratégias e na sua importância para atingir o objetivo. |
|--|--|---|---|---|

| Serviço de Pneumologia do CHLC – Hospital Santa Marta, EPE | | | | |
|---|---|--|---|--|
| Domínios e Competências | Objetivos Específicos | Atividades a Desenvolver | Recursos | Indicadores e Critérios de Avaliação |
| <p>A - Responsabilidade profissional ética e legal. A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p>B - Gestão da qualidade B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p>C – Domínio da gestão dos cuidados C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; C1.1. Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.</p> <p>D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p> <p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p> | <p>B – Integrar de forma progressiva e gradual a equipa multidisciplinar, a dinâmica organizacional e o funcionamento do Serviço de Pneumologia do CHLC – HSM, EPE</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Visita ao serviço de Pneumologia - CHLC Hospital de Santa Marta; • Reuniões informais com Enfermeira Chefe, e a EEER, com aplicação de Guiões de Entrevista (Apêndice nº 4); • Reuniões informais com as pessoas internadas/famílias e outros elementos da equipa de enfermagem e multidisciplinar; • Consulta dos documentos do serviço: manuais/protocolos/ normas/ instrumentos de registo; de transferência e alta hospitalar; de encaminhamento para a comunidade; • Observa a intervenção da EEER e a sua dinâmica na equipa multidisciplinar; • Identifica as funções da EEER na prestação de cuidados à pessoa/família que estão a vivenciar processos de doença com alterações do foro respiratório, que lhes conferem grau de limitação e restrição na participação; • Toma conhecimento dos recursos humanos, físicos e materiais existentes no serviço, que possam ser mobilizados na prestação de cuidados de enfermagem gerais e de reabilitação; • Identifica os procedimentos de acolhimento/colheita de dados e de preparação para a alta/reintegração na comunidade da pessoa com patologia do foro respiratório e sua família; • Estabelece uma relação profissional com a equipa | <p>Humanos: Professor orientador, enf.^a chefe, EEER, restantes enfermeiros, pessoas/famílias e elementos da equipa multidisciplinar.</p> <p>Materiais: Documentos do serviço (manuais/protocolos/ normas/ instrumentos de registo e de alta/transferência e encaminhamento para a comunidade).</p> <p>Físicos: Serviço de Pneumologia do CHLC - Hospital de Santa Marta.</p> <p>Temporais: Novembro de 2013 (Ver Cronograma no Apêndice nº 6).</p> | <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter efetuado pelo menos uma visita ao serviço de Pneumologia do CHLC – Hospital de Santa Marta; -Ter realizado pelo menos uma reunião informal com Enf.^a Chefe, EEER, pessoas internadas e restantes elementos da equipa de enfermagem e multidisciplinar; - Ter consultado os documentos do serviço existentes: manuais/protocolos/normas/ instrumentos de registo como os de transferência/alta hospitalar e de encaminhamento para a comunidade; - Ter observado a intervenção e dinâmica da EEER no seio da equipa multidisciplinar, como elemento dinamizador; - Ter identificado pelo menos três funções da EEER na prestação de cuidados à pessoa/família que está a vivenciar processos de doença com alterações do foro respiratório; - Ter conhecimento dos recursos humanos, físicos e materiais existentes no serviço para serem mobilizados na prestação de cuidados de enfermagem gerais e de reabilitação; - Ter identificado pelo menos três procedimentos de acolhimento/colheita de dados e de preparação para a alta/reintegração na comunidade; - Ter estabelecido uma relação profissional com a equipa multidisciplinar; - Ter estabelecido uma relação terapêutica com a pessoa/família; - Ter identificado pelo menos dois fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa/família e/ou equipa multidisciplinar; - Ter reconhecido as suas potencialidades e limites pessoais e profissionais; |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| | | <p>multidisciplinar;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estabelece uma relação terapêutica com a pessoa/família; • Desenvolve o autoconhecimento para a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa/família e/ou equipa multidisciplinar; • Reconhece as suas potencialidades e limites pessoais e profissionais; • Observa como se processa a tomada de decisão na equipa multidisciplinar. | | <p>- Ter colaborado nas decisões da equipa multidisciplinar.</p> <p>Critérios de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De que modo as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para a integração na equipa multidisciplinar, na dinâmica, funcionamento, organização e atividades do serviço de Pneumologia do CHLC - Hospital de Santa Marta; - Reflete sobre as atividades e estratégias desenvolvidas e na sua importância para atingir o objetivo; - De que modo as intervenções planeadas contribuem para prestar cuidados de enfermagem de reabilitação em articulação com a pessoa/família e os vários elementos da equipa multidisciplinar. |
| <p>B - Gestão da qualidade</p> <p>B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.</p> <p>B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade</p> <p>D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> <p>D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;</p> <p>D2.1- Responsabiliza-se por ser</p> | <p>B – Aprofundar conhecimentos de enfermagem de reabilitação na área dos cuidados à pessoa com patologia do foro respiratório dando ênfase à pessoa com DPOC e promoção do seu autocuidado.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Identifica as necessidades formativas pessoais; • Identifica as necessidades formativas da equipa/serviço; • Utiliza as tecnologias de informação e métodos de pesquisa bibliográfica adequados; • Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem; • Aplica os conhecimentos adquiridos, mobilizando-os na prestação de cuidados de enfermagem especializados, seguros e competentes à pessoa com patologia respiratória, sobretudo com DPOC e sua família; • Partilha os saberes e experiências com o Professor Orientador e a Enf.^a Orientadora do Ensino Clínico e os vários elementos da equipa multidisciplinar do local de estágio; | <p>Humanos: Professor orientador, chefe, enfermeiros e elementos da equipa multidisciplinar.</p> <p>Materiais: Computador com acesso à Internet e às bases de dados Internacionais, data show, livros, trabalhos académicos, artigos científicos, teses de mestrado e doutoramento.</p> | <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter identificado necessidades formativas pessoais; - Ter identificado as necessidades formativas da equipa/serviço; - Ter usado tecnologias de informação e métodos de pesquisa bibliográfica adequados; - Ter rentabilizado as oportunidades de aprendizagem; - Ter aplicado na prática os conhecimentos adquiridos, mobilizando-os para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, seguros e competentes; - Ter partilhado saberes e experiências com o Professor Orientador e a Enf.^a Orientadora do Ensino Clínico e os vários elementos da equipa multidisciplinar do local de estágio; - Ter participado em pelo menos uma ação de formação, se surgir oportunidade; - Ter elaborado uma sessão de formação dirigida à equipa de enfermagem do serviço de |

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| <p>facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade;</p> <p>D2.2- Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade;</p> <p>D2.3- Provê liderança e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.</p> <p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p> <p>J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;</p> <p>J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p> | | <ul style="list-style-type: none"> • Participa em ações de formação que possam surgir; • Realiza uma sessão de formação dirigida à equipa de enfermagem tendo em conta as suas necessidades formativas. | <p>Físicos: ESEL – nomeadamente bibliotecas dos três pólos e Serviço de Pneumologia CHLC - Hospital Santa Marta.</p> <p>Temporais: Novembro de 2013 a Fevereiro de 2014 (Ver Cronograma no Apêndice nº6).</p> | <p>Pneumologia.</p> <p>Crítérios de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para o aprofundar de conhecimentos de enfermagem de reabilitação na área dos cuidados à pessoa com patologia do foro respiratório, sobretudo com DPOC e promoção do seu autocuidado; -Reflete nas atividades/estratégias utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo; - De que forma assume responsabilidades de auto-formação e estimula a equipa multidisciplinar para a partilha e discussão de experiências e conhecimentos; -De que forma demonstra conhecimentos teóricos em enfermagem de reabilitação na área do cuidado à pessoa com patologia do foro respiratório sobretudo com DPOC e sua família e promoção do seu autocuidado; - De que forma evidencia a teoria na prática. |
| <p>A- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal</p> <p>A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>A1.2. Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas;</p> <p>A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p> | <p>B – Desenvolver competências e práticas de enfermagem de reabilitação junto da pessoa com patologia respiratória especialmente com DPOC e sua família, de acordo com os princípios éticos, deontológicos e legais.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolve o exercício profissional de acordo com o código deontológico; • Permite o respeito pela privacidade, valores, costumes, crenças pessoais e religiosas da pessoa/família; • Promove o direito da pessoa ao acesso à informação; • Promove o respeito da pessoa à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde; | <p>Humanos: Enf.^a chefe, EEER, restantes enfermeiros e elementos da equipa multidisciplinar e pessoa/família.</p> <p>Materiais: Código Deontológico, Regulamento das</p> | <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ter desenvolvido uma prática de enfermagem, respeitando princípios éticos e deontológicos; -Ter permitido o respeito pela privacidade, valores, costumes, crenças pessoais e religiosas da pessoa/família; -Ter promovido o direito da pessoa ao acesso à informação; -Ter promovido o respeito da pessoa à escolha e à autodeterminação; -Ter colaborado com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à pessoa/família; -Ter participado nas reuniões de passagem de |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| <p>B - Domínio da melhoria da qualidade B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro; B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.</p> <p>C - Domínio da gestão de cuidados C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; C1.1. Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.</p> <p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p> | | <ul style="list-style-type: none"> • Colabora com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à pessoa/família; • Participa nas reuniões de passagem de turno e na construção da tomada de decisão em equipa multidisciplinar com base em princípios éticos e deontológicos; • Presta cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família com necessidades de reabilitação dando enfoque ao cuidado da pessoa com DPOC; • Envolve a família nos cuidados, no sentido de assegurar que necessidades culturais e espirituais são satisfeitas; • Reflete acerca das competências e práticas de enfermagem de reabilitação tendo em vista a sua constante melhoria e aperfeiçoamento; | <p>competências comuns do enfermeiro especialista, Regulamento das competências específicas do EEER;</p> <p>Pareceres Ético-Legais da Ordem, os Enfermeiros, Pesquisa bibliográfica e reuniões de passagem de turno.</p> <p>Físicos: Serviço de Pneumologia do CHLC – Hospital Santa Marta.</p> <p>Temporais: Novembro de 2013 a Fevereiro de 2014 (Ver Cronograma no Apêndice nº6).</p> | <p>turno e na construção da tomada de decisão em equipa multidisciplinar e com base em princípios éticos e deontológicos;</p> <p>-Ter prestado cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com necessidades de reabilitação nomeadamente com DPOC e sua família;</p> <p>-Ter envolvido a família nos cuidados, no sentido de assegurar a satisfação de necessidades culturais e espirituais;</p> <p>-Ter refletido acerca das competências e práticas de enfermagem de reabilitação tendo em vista a sua constante melhoria e aperfeiçoamento.</p> <p>Critérios de Avaliação:</p> <p>- De que modo as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para o desenvolvimento de competências e práticas de enfermagem de reabilitação junto da pessoa com DPOC e sua família, de acordo com princípios éticos, deontológicos e legais;</p> <p>-Reflete nas atividades/estratégias utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo;</p> <p>-De que modo as atividades planeadas permitiram o desenvolvimento de competências e práticas de enfermagem de reabilitação junto da pessoa com DPOC e sua família, de acordo com princípios éticos, deontológicos e legais.</p> |
| <p>B - Domínio da melhoria da qualidade B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro; B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.</p> <p>D - Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> | <p>B - Conceber, implementar e avaliar planos de enfermagem de reabilitação respiratória na pessoa com patologia do foro respiratório, dando destaque à intervenção na pessoa com DPOC,</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Sustenta a prestação de cuidados de enfermagem na pessoa com DPOC e sua família em conhecimentos atuais resultante da evidência científica; • Realiza a colheita de dados junto da pessoa com patologia do foro respiratório sobretudo pessoa com DPOC e procede à sua avaliação objetiva e subjetiva; • Avalia a pessoa com recurso aos instrumentos de | <p>Humanos: Professor orientador, EERR, restantes enfermeiros, elementos da equipa multidisciplinar, pessoas internadas e suas famílias.</p> | <p>Indicadores:</p> <p>- Ter prestado cuidados tendo por base conhecimentos científicos atuais resultantes da evidência científica;</p> <p>-Ter realizado pelo menos três colheitas de dados à pessoa com patologia respiratória principalmente com DPOC;</p> <p>- Ter avaliado pelo menos três pessoas com recurso aos instrumentos de avaliação adequados à sua situação;</p> <p>- Ter aperfeiçoado conhecimentos e práticas na</p> |

| | | | | |
|--|---|---|---|--|
| <p>D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;</p> <p>D2. Baseia a sua prática clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p> <p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p> <p>J1.1-. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades;</p> <p>J1.2-. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto-controlo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade;</p> <p>J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;</p> <p>J1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas.</p> <p>J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</p> <p>J3.1. Concebe e implementa</p> | <p>tendo em vista a promoção do autocuidado e restauração da função respiratória.</p> | <p>avaliação adequados à sua situação (ex: Escala de Borg para avaliação da dispneia);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aperfeiçoa os conhecimentos e práticas relativas à auscultação, leitura e interpretação imagiológica; • Recolhe os dados clínicos no processo do doente e exames complementares de diagnóstico, de modo a identificar as necessidades de intervenção; • Avalia o risco de alteração da funcionalidade, limitação da atividade e restrição da participação na pessoa com patologia do foro respiratório dando destaque à pessoa com DPOC; • Identifica as necessidades de autocuidado alteradas na pessoa com patologia do foro respiratório, nomeadamente com DPOC, e sua família, de modo a reeducar a sua função respiratória para que possa realizar as AVD de forma independente; • Identifica os requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde da pessoa que podem condicionar o seu autocuidado; • Identifica os fatores condicionantes da pessoa, internos e externos, para o autocuidado, assim como, os facilitadores ou inibidores para a realização das AVD de forma independente no contexto de vida da pessoa; • Avalia os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade promovendo a articulação com a equipa multidisciplinar nomeadamente Psicólogo e assistente social do serviço; | <p>Materiais: Experiência da enf.^a orientadora e da equipa multidisciplinar; matérias lecionadas nas disciplinas de Reabilitação I e Enfermagem Avançada; pesquisa bibliográfica; instrumentos de avaliação; planos de cuidados realizados; bastão; bola; pesos e faixas elásticas.</p> <p>Físicos: ESEL – nomeadamente bibliotecas dos três pólos e Serviço de Pneumologia do CHLC - Hospital de Santa Marta.</p> <p>Temporais: Novembro de 2013 a Fevereiro de 2014 (Ver Cronograma no Apêndice nº 6)</p> | <p>auscultação e na leitura e interpretação imagiológica das várias patologias do foro respiratório;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter recolhido dados clínicos no processo do doente e exames auxiliares de diagnóstico; -Ter avaliado o risco de alteração da funcionalidade, limitação da atividade e restrição da participação a pelo menos três pessoas com patologia do foro respiratório; -Ter identificado as necessidades de autocuidado alteradas da pessoa com patologia do foro respiratório e sua família; -Ter identificado os requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde de pelo menos três pessoas às quais tenha prestado cuidados; -Ter identificado os fatores condicionantes, internos e externos, para o autocuidado, assim como, os facilitadores ou inibidores para a realização das AVD's, de pelo menos três pessoas às quais tenha prestado cuidados; -Ter avaliado os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade de pelo menos três pessoas às quais tenha prestado cuidados; -Ter realizado intervenções recorrendo aos sistemas de enfermagem propostos por Orem, avaliando em qual a pessoa se situa; -Ter utilizado os modos de ação propostos por Orem para ensinar, instruir e treinar sobre técnicas a utilizar para maximizar todo o potencial da pessoa, tendo em conta os seus objetivos individuais; - Ter concebido e implementado pelo menos três planos de intervenção com vista a uma reeducação funcional respiratória; à satisfação das necessidades de autocuidado da pessoa/família; à promoção da saúde; à prevenção de lesões e à reabilitação; |
|--|---|---|---|--|

| | | | |
|--|--|---|--|
| <p>programas de treino motor; J3.2. Avalia e reformula programas de treino motor em função dos resultados esperados.</p> | | <ul style="list-style-type: none"> • Recorre aos sistemas de enfermagem propostos por Orem, avaliando em qual a pessoa se situa, que pode ser num sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio/educação; • Utiliza os modos de ação propostos por Orem para ensinar, instruir e treinar sobre técnicas a utilizar para maximizar todo o potencial da pessoa, tendo em conta os seus objetivos individuais, de modo a que esta e a sua família consigam realizar de forma independente intervenções adequadas às suas necessidades e nos diferentes contextos, internamento, domicílio e comunidade; • Planeia e implementa planos de intervenção com vista a uma reeducação funcional respiratória; à satisfação das necessidades de autocuidado da pessoa/família e à promoção e gestão da saúde; • Realiza intervenções de Reeducação Funcional Respiratória, adaptadas à pessoa com patologia respiratória, que visam: prevenção e correção das alterações do esqueleto e músculos; redução da tensão psíquica e muscular; ensino de técnicas que visam assegurar a permeabilidade das vias aéreas (métodos de limpeza das vias áreas/ manobras acessórias/ drenagem postural); prevenção e correção de defeitos ventilatórios e melhoria da performance dos músculos respiratórios (exercícios de reeducação funcional respiratória seletivos e/ou globais/ abdomino-diafragmáticos e costais) e reeducação no esforço; • Implementa treino de exercício (aeróbico e anaeróbico) recorrendo a bastão, bola, pesos e faixas elásticas; • Utiliza estratégias de resolução de problemas respiratórios desenvolvidas em parceria com a | <ul style="list-style-type: none"> -Ter realizado intervenções de Reeducação Funcional Respiratória, adaptadas à pessoa com patologia respiratória nomeadamente com DPOC; -Ter implementado treino de exercício à pessoa com DPOC; -Ter utilizado estratégias de resolução de problemas respiratórios desenvolvidas em parceria com a pessoa e sua família; -Ter monitorizado e avaliado os resultados das intervenções implementadas; -Ter reformulado as intervenções implementadas tendo em conta os resultados esperados; - Ter efetuado registos de enfermagem de reabilitação. <p>Crítérios de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia do foro respiratório sobretudo com DPOC e sua família, que lhes conferem alterações nas suas necessidades de autocuidado, tendo em vista à promoção do seu autocuidado, restauração da função e maximização da sua capacidade funcional o mais precocemente possível; - Reflete nas atividades/estratégias e na sua importância para atingir o objetivo; - De que forma assume responsabilidades na implementação de programas de reabilitação que promovam o autocuidado e maximizem a funcionalidade, desenvolvendo todas as capacidades e potencialidades da pessoa com patologia do foro respiratório e sua família. -De que modo as atividades planeadas permitiram o desenvolvimento de perícia na |
|--|--|---|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | <p>peessoa e sua família, de modo a promover a independência;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoriza e avalia os resultados das intervenções implementadas; • Reformula as intervenções implementadas tendo em conta os resultados esperados e sempre que se justifique; • Realiza registos de enfermagem de reabilitação no processo clínico. | | <p>execução das intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia respiratória e sua família.</p> |
| <p>B - Gestão da qualidade B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p>D- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. D2. Baseia a sua prática clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p> <p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades; J1.2. Concede planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos</p> | <p>E- Otimizar conhecimentos e competências da pessoa com DPOC e sua família para o autocuidado no âmbito da reabilitação respiratória.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Identifica as necessidades de conhecimento da pessoa com DPOC, através de observação e entrevistas semiestruturadas; • Sensibiliza a família/cuidador da pessoa com DPOC para a importância de adquirir conhecimentos acerca da gestão desta patologia; • Instrui a pessoa com DPOC e sua família acerca da gestão da patologia aquando da realização de técnicas de reabilitação respiratória, com vista a promover o autocuidado e preparação para o regresso a casa; • Ensina, treina e valida a utilização de dispositivos de ajuda e inaladores tendo em vista a maximização da independência da pessoa; • Planeia e elabora sessões de educação para a saúde à pessoa com patologia respiratória sobretudo com diagnóstico de DPOC e sua família, incluindo nestas sessões temáticas como: <ul style="list-style-type: none"> - Administração de terapêutica inalatória, utilização de câmara expansora, - Dispositivos de ajuda (ex: flutter e acapella) - Oxigenoterapia/VNI, - Técnicas de conservação de energia; | <p>Humanos: Professor orientador, EERR, restantes enfermeiros e elementos da equipa multidisciplinar, pessoas internadas e suas famílias.</p> <p>Materiais: Experiência da enf.^a orientadora e da equipa multidisciplinar; matérias lecionadas nas disciplinas de Reabilitação I; Computador e Data Show e exemplares de dispositivos de ajuda e inaladores.</p> <p>Físicos: Serviço de Pneumologia do</p> | <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter identificado as necessidades de conhecimento da pessoa com DPOC; - Ter sensibilizado a família/cuidador da pessoa com DPOC para a importância de adquirir conhecimentos acerca da gestão desta patologia; - Ter instruído a pessoa com DPOC e sua família acerca da gestão da patologia; - Ter ensinado, treinado e validar a utilização de dispositivos de ajuda e inaladores; - Ter planeado, elaborado e avaliado pelo menos uma sessão de educação para a saúde à pessoa patologia do foro respiratório sobretudo com DPOC e sua família; - Ter elaborado pelo menos um exemplar de material de apoio para fornecer à pessoa e família para reforçar as orientações fornecidas. <p>Crítérios de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De que modo as atividades desenvolvidas se traduzem em ganhos de conhecimento para a pessoa com DPOC e sua família para otimizar e ou reeducar a função respiratória; -De que modo as atividades planeadas permitiram o desenvolvimento de competências |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| <p>processos de transição saúde/doença e ou incapacidade;</p> <p>J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;</p> <p>J1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas;</p> <p>J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</p> <p>J2.1. Elabora e implementa programa de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida.</p> | | <ul style="list-style-type: none"> - Controlo sintomático, - Aporte nutricional, - Estilos de vida saudáveis, - Evicção tabágica; <ul style="list-style-type: none"> • Avalia os conhecimentos adquiridos pela pessoa com DPOC e sua família através das sessões implementadas; • Elabora material de apoio (ex: folheto) para fornecer à pessoa e família para reforçar as orientações fornecidas. | <p>CHLC - Hospital de Santa Marta.</p> <p>Temporais: Novembro de 2013 a Fevereiro de 2014 (Ver Cronograma no Apêndice nº 6)</p> | <p>no âmbito da educação para a saúde junto da pessoa com DPOC e sua família promovendo o seu autocuidado.</p> |
| <p>A- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;</p> <p>A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>A1.1. Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada.</p> <p>B - Domínio da melhoria da qualidade.</p> | <p>10 – Capacitar a pessoa com DPOC na readaptação ao esforço de modo a possibilitar o cumprimento dos requisitos de autocuidado.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Demonstra conhecimentos científicos atuais acerca dos benefícios e das intervenções do EEER na readaptação ao esforço na pessoa com DPOC; • Identifica as necessidades de autocuidado alteradas da pessoa com DPOC, de modo a direcionar a readaptação ao esforço nesse sentido, com vista a realizar as AVD de forma independente; • Planeia e implementa planos de intervenção com vista a uma readaptação ao esforço, à satisfação das necessidades de autocuidado da pessoa/família e à promoção da saúde; | <p>Humanos: Professor orientador, EERR, restantes enfermeiros e elementos da equipa multidisciplinar e pessoas internadas.</p> <p>Materiais: Experiência da enf.^a orientadora e da equipa</p> | <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter demonstrado conhecimentos científicos atuais acerca dos benefícios e das intervenções do EEER na readaptação ao esforço na pessoa com DPOC; - Ter identificado as necessidades de autocuidado alteradas da pessoa com DPOC; - Ter concebido e implementar planos de intervenção com vista a uma readaptação ao esforço; - Ter realizado intervenções de readaptação ao esforço com a aplicação de um programa de exercícios, contemplando exercícios de treino aeróbico e anaeróbico; |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| <p>B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro; B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.</p> <p>D - Desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D2. Baseia a sua prática clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p> <p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p> <p>J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades;</p> <p>J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade;</p> <p>J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis</p> | | <ul style="list-style-type: none"> • Realiza intervenções de readaptação ao esforço com a aplicação de um programa de exercícios adaptado às necessidades de cada pessoa, tendo em conta o estadiamento da DPOC e as patologias associadas, podendo contemplar exercícios de treino aeróbico e anaeróbico; • Realiza técnicas de correção postural recorrendo ao espelho quadriculado para uma correção postural e reeducação costal, sentado e em pé, com recurso ao bastão; • Fornece orientações sobre o controlo da respiração no esforço na marcha, subida e descida de escadas; • Orienta a pessoa com DPOC para a utilização de técnicas de conservação de energia que poderão simplificar a realização das AVD; • Planeia e implementa exercícios de reeducação física global com alongamentos e aquecimento do pescoço, tronco, membros superiores e inferiores; • Planeia e implementa treino dos membros superiores com mobilização dos músculos da cintura escapular (halteres; bastões e faixas), bem como treino dos membros inferiores (bicicleta estática/passadeira); • Incentiva o arrefecimento com alongamentos da musculatura do pescoço, cintura escapular e membros, de modo a reduzir o impacto da incapacidade nas AVD; • Utiliza estratégias de resolução de problemas respiratórios desenvolvidas em parceria com a pessoa e sua família, de modo a promover a autonomia e a qualidade de vida; | <p>multidisciplinar, matérias lecionadas nas disciplinas de Reabilitação I, pesquisa bibliográfica, instrumentos de avaliação, planos de cuidados realizados, bastão, bola, e faixas elásticas.</p> <p>Físicos: ESEL – Pólo Rávora Serviço de Pneumologia do CHLC - Hospital de Santa Marta; Temporais: Novembro de 2013 a Fevereiro de 2014 (Ver Cronograma no Apêndice nº 6)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Ter realizado técnicas de correção postural e reeducação costal; - Ter fornecido orientações sobre o controlo da respiração no esforço na marcha; subida e descida de escadas; - Ter orientado a pessoa com DPOC para a utilização de técnicas de conservação de energia; - Ter planeado e implementado exercícios de reeducação física global com alongamentos e aquecimento do pescoço, tronco, membros superiores e inferiores; - Ter planeado e implementado o treino dos membros superiores com mobilização dos músculos da cintura escapular), bem como treino dos membros inferiores; - Ter incentivado o arrefecimento com alongamentos da musculatura do pescoço, cintura escapular e membros; - Ter utilizado estratégias de resolução de problemas respiratórios desenvolvidas em parceria com a pessoa e sua família; - Monitorizar e avaliar os resultados das intervenções implementadas; - Reformular as intervenções implementadas tendo em conta os resultados esperados e sempre que se justifique; - Efetuar registos de enfermagem de reabilitação pertinentes no processo clínico. <p>Crterios de Avaliao:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para a readaptação ao esforço da pessoa com DPOC, tendo em vista a facilitação do cumprimento dos requisitos de autocuidado; - Reflete nas atividades/estratégias e na sua importância para atingir o objetivo. |
|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| <p>motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;</p> <p>J1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas.</p> <p>J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p> <p>J3.1. Concebe e implementa programas de treino motor;</p> <p>J3.2. Avalia e reformula programas de treino motor em função dos resultados esperados.</p> | | <ul style="list-style-type: none"> • Monitoriza e avalia os resultados das intervenções implementadas; • Reformula as intervenções implementadas tendo em conta os resultados esperados e sempre que se justifique; • Realiza registos de enfermagem de reabilitação no processo clínico. | | |
| <p>B - Domínio da melhoria da qualidade B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; B3- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p>C - Domínio da gestão de cuidados C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.</p> <p>J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção</p> | <p>11 - Promover a continuidade dos cuidados de reabilitação respiratória através da articulação com a comunidade com vista à promoção do autocuidado e qualidade de vida da pessoa com DPOC</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Presta cuidados de reabilitação à pessoa com DPOC promovendo o autocuidado e tendo em vista o regresso a casa; • Avalia a situação da pessoa com DPOC e sua família, identificando as necessidades de continuidade de cuidados para articulação com a comunidade com vista à reinserção comunitária; • Referencia/encaminha a pessoa com DPOC e sua família para outros prestadores de cuidados de saúde/recursos da comunidade; • Realiza notas de transferência/referenciação de enfermagem de reabilitação com vista a melhorar a articulação do enfermeiro de reabilitação do contexto hospitalar com o da comunidade tendo como base o Modelo de Enfermagem de Orem. | <p>Humanos: Professor orientador; enf.^a chefe; EEER; restantes enfermeiros e elementos da equipa multidisciplinar; enfermeiros generalistas e especialistas de Reabilitação da comunidade e pessoas/família.</p> <p>Materiais: -Instrumento de registo de transferência/alta</p> | <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter prestado cuidados reabilitação promotores de autocuidado dando enfoque ao seu regresso a casa da pessoa com DPOC; -Ter avaliado a situação de pelo menos três pessoas com DPOC e sua família, identificando as necessidades de continuidade de cuidados para articulação com a comunidade com vista à reinserção comunitária; - Ter referenciado/encaminhado a pessoa com DPOC e sua família para outros prestadores de cuidados de saúde/recursos da comunidade; -Ter realizado notas de transferência/referenciação de enfermagem de reabilitação com vista a melhorar a articulação do enfermeiro de reabilitação do contexto hospitalar com o da comunidade tendo como base o Modelo de Enfermagem de Orem; - Ter efetuado pelo menos três contatos |

| | | | | |
|--|---|---|--|---|
| e exercício da cidadania. | | <ul style="list-style-type: none"> • Realiza contato telefônico prévio com a Unidade de Cuidados na Comunidade e com o Enfermeiro da Comunidade e, se existir, com o Enfermeiro de Reabilitação da Comunidade; • Informa a pessoa e sua família acerca dos seus direitos e deveres, baseando-se na pesquisa sobre a legislação, normas e técnicas promotoras da integração e participação cívica; • Identifica as funções/intervenções do EEER em contexto hospitalar e na comunidade. | <p>hospitalar e encaminhamento para a comunidade; protocolos de qualidade em vigor; legislação e normas técnicas promotoras da integração e participação cívica; telefone e fax para articulação com a comunidade; computador com acesso à Internet e às bases de dados Internacionais para pesquisa bibliográfica.</p> <p>Físicos: ESEL – Pólo Ravara e Serviço de Pneumologia do CHLC - Hospital de Santa Maria.</p> <p>Temporais: Novembro de 2013 a Fevereiro de 2014 (Ver Cronograma no Apêndice nº6)</p> | <p>telefônicos prévios com a comunidade/enfermeiro de reabilitação da comunidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter informado a pessoa/família acerca dos seus direitos e deveres; -Ter identificado pelo menos três funções/intervenções do EER em contexto hospitalar e na comunidade. <p>Crítérios de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> -De que modo as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para promover a continuidade de cuidados, através da articulação com a comunidade, com vista à promoção do autocuidado e da reintegração comunitária e qualidade de vida da pessoa com DPOC e sua família. -Reflete nas atividades/estratégias utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo; -De que modo as intervenções planeadas promovem a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações do foro respiratório/DPOC na área da reintegração comunitária, integrando-os no plano global de cuidados e permitindo a articulação com os recursos e profissionais da comunidade, nomeadamente com o enfermeiro de reabilitação da comunidade. |
| (domínios e competências já referidas) | 4 - Elaborar o Relatório Final do Projeto de Formação | (atividades já referidas) | (recursos já referidos) | (indicadores e critérios de avaliação já referidos) |

APÊNDICE IV – Guiões das Entrevistas – Serviço de Pneumologia - CHLC



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular de Opção II

Duração prevista do estágio: De 25 de Novembro a 21 de Fevereiro de 2013

Guião de Entrevista à Enf.^a Chefe do serviço de Pneumologia – Hospital de Santa Marta

1. Caracterizar o Serviço

- Qual a finalidade e os objetivos da existência deste serviço? (*História do serviço ao longo do tempo*)
- Como está organizado o serviço?
- Quantas vagas existem no Serviço? Distribuídas de que forma? (Homens/mulheres/ patologia)
- Qual o número médio de clientes seguidos neste serviço por ano?
- Qual a área geográfica de abrangência do serviço?
- Qual a via mais comum de internamento? A partir do Serviço de Urgência ou consulta? Existem internamentos programados?
- Existe interligação do serviço com outros intra-hospitalares ou da comunidade? Quais?
- Como funciona o regime de visitas?

2. Descrever os Clientes

- Quais as patologias mais frequentes?
- Qual o género, faixa etária, grau de alfabetização e estrato socioeconómico mais frequente das pessoas internadas?
- Qual o tempo médio de internamento?
- Como são estabelecidos os programas de reabilitação?

1. Caracterizar os Recursos Humanos

- Qual o número de enfermeiros, generalistas e especialistas, a exercer funções no serviço? É suficiente em termos de rácios enfermeiro/ cliente?
- Como é composta a restante equipa multidisciplinar?
- Qual o número de clientes atribuídos a cada enfermeiro por turno?
- Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) também têm clientes atribuídos na prestação de cuidados gerais?
- Como são distribuídos os enfermeiros de reabilitação?
- Como se encontram organizados os horários (manhãs/ tardes) do EEER?
- Quais as funções do EEER?

2. Compreender a Gestão de Cuidados

- Qual o método de trabalho implementado na equipa de enfermagem?
- Qual o modelo de enfermagem usado?
- São utilizados planos de cuidados? Em que medida o cliente e sua família/cuidador são envolvidos nos mesmos?

3. Compreender a Gestão de Recursos Materiais

- Em termos de equipamento o serviço está dotado de todo o material considerado necessário para a prestação de cuidados específicos do EEER?
- Qual o material existente e qual o que se encontra em falta?

4. Enunciar as expetativas do serviço

- O serviço tem projetos em estudo e/ou implementados? Em que áreas?
- Os EEER encontram-se envolvidos em algum deles?
- Existem no serviço Normas/Protocolos relacionados com a reabilitação?

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular de Opção II

Duração prevista do estágio: De 25 de Novembro a 21 de Fevereiro de 2013

Guião de Entrevista à Enf.^a Especialista de Reabilitação do serviço de Pneumologia – Hospital Santa Marta

1. Compreender a Gestão de Cuidados

- Qual o papel do EEER neste serviço? Atua noutras áreas para além da Reabilitação?
- Como se processa a articulação/relação/trabalho em equipa estabelecidos entre a EEER e os restantes elementos da Equipa Multidisciplinar? Existem fisioterapeutas no serviço? Como é feita a articulação com o trabalho do EEER?
- Quais as situações/patologias mais comuns que necessitam de intervenção do EEER? Qual a incidência de clientes com diagnóstico de DPOC? (*relação com tema de projeto*)
- Como EEER como planeia o seu trabalho, tem algum método de trabalho estabelecido?
- Como é realizada a planificação de cuidados de reabilitação aos diferentes clientes?
- Quem determina quando iniciar um programa de reabilitação?
- Está implementado algum Programa de Reeducação Funcional Respiratória neste serviço? Se sim, como está organizado e como funciona?
- Como é feita a avaliação da eficácia do plano de reabilitação estabelecido? Existe Folha de Avaliação/Registos de Enfermagem da EEER? São utilizadas Escalas de Avaliação pela EEER? Se sim? Quais?
- Quais os sentimentos/receios/dificuldades mais verbalizado pela pessoa/familiares/ cuidadores da pessoa com patologia respiratória durante o internamento e no momento de regresso a casa?

- Qual a receptividade do cliente aos cuidados de enfermagem de reabilitação?
- Que papel é atribuído à família/cuidador na Preparação para a alta?
- São realizados planos de reabilitação para o cliente continuar a seguir no domicílio? *(entrega de documentação de esclarecimento ao cliente e família, panfletos, folhetos etc.)*
- Os clientes e famílias podem contatar o Serviço após a alta se necessário? Ficam com um enfermeiro de referência?
- Como é que é garantida a continuidade de cuidados na pós-alta em termos de reabilitação? Existente articulação entre a EEER e os recursos da comunidade?
- Como é dada visibilidade ao trabalho do EEER?

2. Compreender a gestão de recursos materiais


- O serviço dispõe de recursos que auxiliem e complementem os cuidados de enfermagem de reabilitação? Quais?
- Os recursos existentes são suficientes para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação? Quais estão em falta?

3. Enunciar as expetativas do EEER

- Quais as competências do EEER mais valorizadas neste serviço?
- Têm projetos relacionados com a reabilitação? Quais? *(De acordo com a pertinência apresentar a minha disponibilidade em colaborar nos mesmos durante o estágio)*
- Como EEER participa na formação dos seus pares?
- O que considera importante para uma prestação de cuidados de excelência no âmbito da reabilitação?
- Quais as dificuldades sentidas no dia-a-dia?
- Considera ter as condições ideais para prestar cuidados de reabilitação? Se não, o que mudaria?



| <i>Guião de Observação</i> | |
|---|--|
| Estrutura e organização do serviço | |
| Dinâmica do serviço, rotinas e especificidades | |
| Gestão de recursos humanos | |
| Organização da equipa multidisciplinar, articulação do papel do EEER e restante equipa | |
| Dinâmica dos cuidados gerais de enfermagem | |
| Dinâmica dos cuidados prestados pelo EEER (<i>método de trabalho, planificação dos cuidados, ensinios, técnicas utilizadas</i>) | |
| Rácio EEER/número de clientes a seu cargo | |
| Instrumentos de colheita de dados, de avaliação (escalas) e de registos utilizados pelo EEER | |
| Gestão de recursos Materiais | |
| Recursos de apoio à enfermagem de reabilitação (<i>dispositivos, recursos informativos para entregar ao cliente e família</i>) | |
| Modelo de enfermagem usado | |
| Impacto psicológico, físico e sociocultura da doença respiratória na pessoa e seus cuidadores | |
| Adesão dos clientes ao programa de enfermagem de reabilitação | |
| Défi ce de autocuidado da pessoa com patologia respiratória em particular no cliente com DPOC | |
| Efeito da intervenção do EEER na recuperação da pessoa com alterações neurológicas | |
| Prevalência de doentes internados com antecedente clínico de DPOC | |
| Continuidade de cuidados intra-hospitalar e na pós-alta | |

**APÊNDICE V – Formação em Serviço – Dispneia: Da subjetividade à
objetividade**




DISPNEIA DA SUBJETIVIDADE À OBJETIVIDADE

Elaborado por: Enf. Ana Nabais (EER)
Enfermeira Orientadora: Enf. Neuza Reis
Professora Orientadora: Prof. M^a do Ceu Sá

OBJETIVOS DA FORMAÇÃO

- **Objetivo Geral**
 - Sensibilizar equipa de enfermagem para a correta avaliação e intervenção junto do doente com dispneia.
- **Objetivos Específicos**
 - Clarificar o conceito de dispneia;
 - Promover a reflexão acerca do impacto da dispneia na pessoa;
 - Esclarecer noções acerca da avaliação e instrumentos de avaliação da dispneia;
 - Compreender o papel da intervenção do enfermeiro no controlo da dispneia.



CONTEÚDOS A ABORDAR

1. Definição de Dispneia
2. Causas da Dispneia
3. Impacto da Dispneia
4. Avaliação da Dispneia
5. Intervenções de Enfermagem na pessoa com dispneia

1. DEFINIÇÃO DE DISPNEIA

A palavra tem origem no grego *dys* e *pneia*, que se traduz por Respiração Ruim.

(Menoira e Cardeiro, 2012)

DEFINIÇÃO SUBJETIVA

- "... é um termo utilizado para caracterizar uma experiência subjetiva de desconforto respiratório, que consiste em sensações qualitativamente distintas, variáveis na sua intensidade" (ATS, 1995).

Definida pelo doente como sensação de:

| |
|--------------------|
| Falta de ar |
| Asfixia |
| Respiração pesada |
| Fadiga em Respirar |

DEFINIÇÃO SUBJETIVA



(Margereson, 2002)

OS ESTUDOS EXISTENTES DEMONSTRAM...

- 61% dos doentes com DPOC referiram ter dispneia moderada ou grave (Raherison e Girodet, 2009).
- Num grupo de pessoas com dispneia grave e, por isso, incapacitados de saírem de casa, 35.8% descreveram a doença como ligeira (Rennard, 2003).

DEFINIÇÃO OBJETIVA

Manifestações Objetivas – Sinais

- ↑ da frequência respiratória (taquipneia);
- ↑ do tempo expiratório;
- ↑ exagerado da amplitude torácica;
- Tiragem/adejo nasal;
- Contração e retração exagerada da parede abdominal;
- Postura.

(Cox, 2002)

Dispneia (sintoma) ≠ Taquipneia (sinal)

É possível um doente ter frequências respiratórias baixas e ao mesmo tempo sentir falta de ar, assim como estar taquipneico e não ter dispneia.

(Swarze, 2010)

DEFINIÇÃO DE DISPNEIA CIPE

VERSÃO BETA 2

- Dispneia** – Processo do sistema Respiratório Comprometido: Movimento laborioso de entrada e saída de ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente, faltas de ar associado a insuficiência de oxigénio no sangue circulante, sensação de desconforto e ansiedade.
- Diapneia em Repouso** – Falta de ar quando em repouso e em posição confortável.
- Dispneia Funcional** – Falta de ar associada com a atividade física, tal como exercício e marcha.

(CIPE, 2011)

2. CAUSAS DA DISPNEIA

Principais Patologia Associadas (ATS, 2001)

Respiratórias:

DPOC
Asma
Doenças do interstício pulmonar
Dist. Neuromusculares
Neoplasia do Pulmão

Cardíacas:

Cardiomiopatia
Doença isquémica
Doenças valvulares

Outras:

Refluxo gastroesofágico
Ansiedade e hiperventilação
Descondicionamento físico
Obesidade
Gravidez
Hipertensão arterial
Hipertireoidismo

Situações agudas...

Pneumonia
Tromboembolismo Pulmonar
Bronquite
Isquémia do Miocárdio

FATORES PRECIPITANTES

Estímulos externos

- Hábitos Tabágicos;
- Poluentes Atmosféricos;
- Poluentes Domésticos;
- Alterações Emocionais;
- Alterações da Temperatura;
- Infeções Respiratórias;
- Esforço;
- Exercício físico.



(ATS, 2005)

3. IMPACTO DA DISPNEIA



(Margerson, 2002)

IMPACTO NA SATISFAÇÃO DO AUTOCUIDADO



(Viana, 2010)

NÚMEROS DA DISPNEIA DIZEM...



- Edmond, Karlsen, Saba e Addington-Hall (2001) que a dispneia é mais frequente em doentes com doença respiratória crónica no último ano (94%) e semana (91%) de vida do que em doentes com cancro do pulmão.
- Num estudo de Solano, Gomes e Higginson (2006) realizado com uma população alvo de doentes com cancro, VIH, doença cardíaca, doença renal e DPOC, a dispneia manifesta-se em mais de 50% dos casos sendo mais incidente nos doentes com DPOC e doença cardíaca.

4. AVALIAÇÃO DA DISPNEIA

"... a abordagem clínica deste sintoma é frequentemente mal conduzida, pelo que tende a ser uma manifestação clínica, por vezes subdiagnosticada e inadequadamente tratada."

(Azevedo, 2010).

COMPONENTES A AVALIAR

- Abordagem holística do doente
- Início/Modo de instalação
 - Crónico
 - Agudo
 - Esforço
 - Paroxístico
 - Primeiros Sínomas
- Duração – do início dos sínomas e da crise
- Frequência – número de crises e periodicidade
- Intensidade – uso de escalas
- Padrão Respiratório – Misto, torácico, Cheyne-Stokes etc...
- Fase do Ciclo Respiratório – Inspiratória / Expiratória

COMPONENTES A AVALIAR (CONT.)

- Fatores Desencadeantes
 - Tipos de esforços
 - Exposições ambientais e ocupacionais
 - Alterações climáticas
 - Alterações ambientais...
- Descrição do doente
- Variantes Posicionais
 - Trepopneia
 - Ortopneia
 - Platipneia
 - Dispneia Paradoxística Noturna
- Associação com outros sínomas – tosse, edema, palpitações, ruidos respiratórios
- Exame físico - apresentação objetiva

(Menotta e Cordeiro, 2012)

DIVERSOS TERMOS DESCRITIVOS DE DISPNEIA

Dispneia Atual

- Durante um momento preciso. Ex: durante ou após uma corrida.

Dispneia Usual

- Limitações provocadas pelo sintoma na execução de atividades do quotidiano. Ex: subir escadas.

Dispneia de Esforço

- Sensação de dispneia surge ou agrava com a atividade física.

(Martinez et al, 2004)

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DISPNEIA

Importância do uso de escalas estandardizadas na avaliação da dispneia:

- Garantir intervenção com vista o controlo:
 - Eficaz,
 - Seguro,
 - Num tempo mínimo que seja aceitável para o doente e família.
- Monitorizar a eficácia das intervenções de alívio implementadas.

(Pasman, Delians e Francke, 2009)

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DISPNEIA

Escalas Unidimensionais – Dispneia atual

- Escala Analógica Visual (EAV)
- Escala Numérica
- Escala Modificada de Borg

Escalas Multidimensionais – Avaliam a dispneia Usual

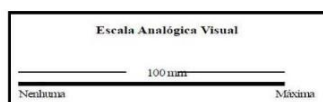
- Índice Basal de Dispneia Modificado
- Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire - modificada - mMRC

ESCALA ANALÓGICA VISUAL (EAV)

- Criada por Scott Co. Laboratory (1920) é empregada para avaliar diferentes aspetos subjetivos como humor, dor, ansiedade e dispneia.
- Fornece medida unidimensional da percepção do doente em relação à magnitude do sintoma presente.
- Linha vertical ou horizontal, tem 100mm de comprimento com duas âncoras: "ausência do sintoma" e "sintoma com intensidade extrema"
- O doente é orientado a marcar um ponto na escala relativo ao grau de sintoma sentido, sendo medido com régua.
- Usada para medir o grau de dispneia durante a realização de testes de exercício e para avaliar a efetividade imediata de medicação broncodilatadora.

(Velloso, Costa e Ozeki, 2005)

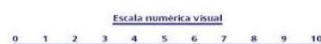
EAV



ESCALA NUMÉRICA



- Segue o mesmo princípio que a EAV, fornecendo um número menor e pré-selecionado de graus de opção.



(Menotta e Cordeiro, 2012)

ESCALA DE BORG

- Desenvolvida pelo fisioterapeuta sueco Gunner Borg (1985);
- Permite avaliar a percepção de esforço e o desconforto sentido durante o esforço físico;
- Escala vertical constituída por uma graduação numérica de 6-20.

(Hommerding, 2008)

ESCALA DE BORG

| | |
|----|----------------------|
| 6 | Sem nenhum esforço |
| 7 | Extremamente leve |
| 8 | Muito leve |
| 9 | Leve |
| 10 | |
| 11 | Leve |
| 12 | |
| 13 | Um pouco intenso |
| 14 | |
| 15 | Intenso (pesado) |
| 16 | |
| 17 | Muito intenso |
| 18 | |
| 19 | Extremamente intenso |
| 20 | Máximo esforço |

Escala RPE de Borg
© Gunner Borg, 1970, 1981, 1984, 1998

ESCALA MODIFICADA DE BORG

- Adaptada por Burdon (1988), sendo a mais utilizada na prática clínica;
- Utilizada para avaliar de forma direta a dispneia antes, durante e depois de exercício ou atividade física;
- Escala vertical pontuada de 0-10 pontos com expressões verbais, cada número corresponde a uma intensidade de falta de ar, desde "nenhuma" até "máxima";
- Permite proporcionalidade entre intensidade do sintoma e a intensidade do esforço;
- Boas propriedades psicométricas da escala (validade e fidelidade) avaliadas num estudo tendo como população doentes com DPOC (Santos, 2011).

(Hommerding, 2008; Velloso e Costa e Osek, 2005)

ESCALA MODIFICADA DE BORG

| | |
|-----|----------------------|
| 0 | Nenhuma |
| 0.5 | Muito, muito leve |
| 1 | Muito leve |
| 2 | Leve |
| 3 | Moderada |
| 4 | Pouco intensa |
| 5 | Intensa |
| 6 | |
| 7 | Muito intensa |
| 8 | |
| 9 | Muito, muito intensa |
| 10 | Máxima |

ÍNDICE BASAL DE DISPNEIA MODIFICADO

- Questionário desenvolvido por Mahaler *et al* (1984) sendo objetivo e multidimensional;
- Três domínios: atividades de trabalho, esforços físicos usuais e no esforço. Estes domínios são avaliados por meio de notas de 0-4 e o resultado final varia da nota 0 (dispneia máxima a 12 (sem falta de ar);
- Instrumento que permite mensurar a incapacidade funcional e que facilita a avaliação detalhada do impacto da dispneia na vida da pessoa.

(Velloso, Costa e Osek, 2005)

ÍNDICE BASAL DE DISPNEIA MODIFICADO

Este questionário avalia a incapacidade funcional de uma pessoa com dispneia. É composto por 12 itens, cada um com uma escala de 0 a 4. O resultado final é a soma das notas de todos os itens, variando de 0 a 48. Uma pontuação mais alta indica maior incapacidade funcional.

1. Atividades de trabalho

1.1. Trabalho pesado (carregar, empurrar, puxar, etc.)

1.2. Trabalho moderado (cavar, cortar, etc.)

1.3. Trabalho leve (caminhar, etc.)

1.4. Trabalho muito leve (parar, etc.)

1.5. Trabalho sem esforço (sentar, etc.)

1.6. Trabalho sem esforço (deitar, etc.)

1.7. Trabalho sem esforço (dormir, etc.)

1.8. Trabalho sem esforço (não fazer nada, etc.)

1.9. Trabalho sem esforço (não fazer nada, etc.)

1.10. Trabalho sem esforço (não fazer nada, etc.)

1.11. Trabalho sem esforço (não fazer nada, etc.)

1.12. Trabalho sem esforço (não fazer nada, etc.)

2. Esforços físicos usuais

2.1. Subir escadas

2.2. Subir uma colina

2.3. Subir uma ladeira

2.4. Subir uma montanha

2.5. Subir uma montanha alta

2.6. Subir uma montanha muito alta

2.7. Subir uma montanha muito alta

2.8. Subir uma montanha muito alta

2.9. Subir uma montanha muito alta

2.10. Subir uma montanha muito alta

2.11. Subir uma montanha muito alta

2.12. Subir uma montanha muito alta

3. Esforços físicos no esforço

3.1. Correr

3.2. Correr rápido

3.3. Correr muito rápido

3.4. Correr muito rápido

3.5. Correr muito rápido

3.6. Correr muito rápido

3.7. Correr muito rápido

3.8. Correr muito rápido

3.9. Correr muito rápido

3.10. Correr muito rápido

3.11. Correr muito rápido

3.12. Correr muito rápido

MEDICAL RESEARCH COUNCIL DYSPNOEA QUESTIONNAIRE- MODIFICADA - MMRC

- A GOLD preconiza a utilização desta escala para o estabelecimento da gravidade da DPOC – **Abordagem integrada da avaliação da gravidade da DPOC**;
- Avalia a limitação imposta pela dispneia nas atividades de vida, é constituída por 5 pontos com 4 graus 0-4;
- O doente avalia tendo em conta a subjetividade da sua experiência um dos valores da escala que melhor corresponde ao seu grau de dispneia.

(Camargo e Pereira, 2010; Almeida, 2012)

MEDICAL RESEARCH COUNCIL DYSPNOEA QUESTIONNAIRE- MODIFICADA - MMRC

Assinale com uma cruz (X), o quadrado □ correspondente à afirmação que melhor descreve a sua sensação de falta de ar.

GRAU 0

Sem problemas de falta de ar exceto em caso de exercício intenso.

"Se sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso". □

GRAU 1 Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado.

"Piso com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado". □

GRAU 2

Andar mais devagar que as pessoas da minha idade devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando anda no seu passo normal.

"Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal". □

GRAU 3

Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos.

"Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passados alguns minutos". □

GRAU 4 Demasiado cansado/a ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir.

"Bastou sem fôlego para sair de casa". □

5. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PESSOA COM DISPNEIA



INTERVENÇÃO FARMACOLÓGICA

- Administração de **farmacos** que permitem aliviar a dispneia:
 - Corticoides, Xantinas e Diuréticos;
 - Antimuscarínicos;
 - Broncodilatadores;
 - Benzodiazepinas;
 - Opióides;
 - Oxigénio (gerido de acordo com a patologia e valores gasométricos).

(Almeida, 2012)

INTERVENÇÃO NÃO FARMACOLÓGICA

- Técnicas respiratórias;
- Técnicas de conservação de energia;
- Técnicas de relaxamento;
- Distração;
- Posicionamento;
- Cinesiterapia respiratória;
- Drenagem postural;
- Otimização de ambiente físico (circulação/humidificação do ar, regular temperatura, providenciar espaço amplo);
- Apelar para a evicção de fatores agravantes (tabaco, poluição).



(Almeida, 2012)

MELHORAR A EFICÁCIA DO PADRÃO RESPIRATÓRIO

- Respiração abdominodiafragmática



- Respiração com lábios semicerrados



(Heitor, 1992)

ADOÇÃO DE POSTURAS DE DESCANSO



PRINCÍPIOS DE CONSERVAÇÃO DE ENERGIA

- Fazer as atividades por ordem de prioridade;
- Eliminar as atividades não necessárias;
- Planejar períodos de repouso ao longo do dia;
- Repousar por 30 minutos após as refeições;
- Planejar o dia dentro dos limites, identificando os períodos onde a sintomatologia possa estar menos evidente;
- Delegar tarefas e trabalhos árduos;
- Alternar trabalhos pesados com outros mais leves;

PRINCÍPIOS DE CONSERVAÇÃO DE ENERGIA (CONT.)

- Alternar trabalho e repouso, com lazer;
- Dividir tarefas difíceis em passos mais pequenos e distribuir ao longo do dia;
- Fazer algumas tarefas se possível sentado e com os cotovelos apoiados;
- Diminuir a velocidade a falar, rir, comer ou tossir;
- Organizar a casa e o local de trabalho de forma a evitar abaixar-se;
- EXPIRAR no esforço.

(Vellozo e Jardim, 2006)

Dúvidas



Comentários

Partilhas

**OBRIGADO PELA
VOSSA PRESENÇA!**

BIBLIOGRAFIA

1. American Thoracic Society. (1995) Guidelines for diagnosis, assessment and management of chronic obstructive pulmonary disease. In: *J Respir Crit Care Med* 151: 1274-1284.
2. American Thoracic Society. (1995) Guidelines for diagnosis, assessment and management of chronic obstructive pulmonary disease. In: *J Respir Crit Care Med* 151: 1274-1284.
3. American Thoracic Society. (1995) Guidelines for diagnosis, assessment and management of chronic obstructive pulmonary disease. In: *J Respir Crit Care Med* 151: 1274-1284.
4. American Thoracic Society. (1995) Guidelines for diagnosis, assessment and management of chronic obstructive pulmonary disease. In: *J Respir Crit Care Med* 151: 1274-1284.
5. American Thoracic Society. (1995) Guidelines for diagnosis, assessment and management of chronic obstructive pulmonary disease. In: *J Respir Crit Care Med* 151: 1274-1284.
6. American Thoracic Society. (1995) Guidelines for diagnosis, assessment and management of chronic obstructive pulmonary disease. In: *J Respir Crit Care Med* 151: 1274-1284.
7. American Thoracic Society. (1995) Guidelines for diagnosis, assessment and management of chronic obstructive pulmonary disease. In: *J Respir Crit Care Med* 151: 1274-1284.
8. American Thoracic Society. (1995) Guidelines for diagnosis, assessment and management of chronic obstructive pulmonary disease. In: *J Respir Crit Care Med* 151: 1274-1284.
9. American Thoracic Society. (1995) Guidelines for diagnosis, assessment and management of chronic obstructive pulmonary disease. In: *J Respir Crit Care Med* 151: 1274-1284.
10. American Thoracic Society. (1995) Guidelines for diagnosis, assessment and management of chronic obstructive pulmonary disease. In: *J Respir Crit Care Med* 151: 1274-1284.

APÊNDICE VI – SES – O doente com DPOC: Inaloterapia



CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA
CENTRAL EPE

Inaladores

Doente com DPOC

Elaborado por: Enf. Ana Nabais;
Enfermeira Orientadora: Enf. Neuza Reis;
Professora Orientadora: Prof. Mafalda Sousa



ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica - DPOC

- É uma doença que se caracteriza pela obstrução das vias aéreas.
- É de instalação progressiva e não é totalmente reversível.
- Está habitualmente associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões a partículas tóxicas (ex: **tabaco**, poeiras e poluição ambiental)
- Também pode estar associado a fatores genéticos como a **deficiência de alfa-1 anti tripsina** que determina a destruição do parénquima pulmonar.

A DPOC pode manifestar-se sob a forma de:

- Bronquite crónica:** é uma inflamação crónica dos brônquios e define-se como a presença de tosse e expectoração na maior parte dos dias.




- Emfisema:** Destruição progressiva do tecido pulmonar; o pulmão vai perdendo a elasticidade.

VIA INALATÓRIA

A via inalatória é a preferida para o tratamento das doenças respiratórias pois implica:

- Menos quantidade de fármaco;
- Maior rapidez de ação;
- Menos efeitos secundários.

Tipos de Inaladores



Inaladores Pressurizados Doseáveis ou de dose controlada



Inaladores de Pó Seco

Inaladores Pressurizados Doseáveis ou de dose controlada (MDI*)



*Metered Dose Inhaler

Passos para utilização correta:

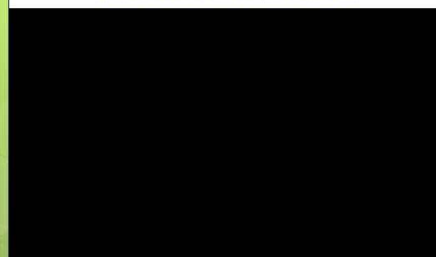
- Retirar a tampa de proteção, agitar e aquecer bem o inalador.
- Colocar o inalador na posição vertical, em frente da cavidade oral aberta ou com os lábios semicerrados.
- Expirar lentamente, comprimir o inalador para libertar uma dose e inspirar lenta e o mais profundamente possível.
- Sustentar a respiração cerca de 10 s.
- Expirar lentamente.
- Esperar 30 seg a 1 min antes de fazer a inalação seguinte e 5 min antes de passar a outro inalador.



Conselhos Úteis:

- Se estiver a fazer um inalador com corticoides deve lavar a boca após a sua realização para evitar a candidíase.
- Deve fazer os inaladores nos horários prescritos e pela ordem prescrita. (Ex: Primeiro Broncodilatadores e depois Corticoide)
- Armazenar os inaladores em lugar fresco e seco.
- Promover a limpeza regular do bocal do inalador.

Vídeo Demonstrativo



Câmaras Expansoras



Porque usar Câmara Expansora?

- Diminuem a sensação de aerossol frio na orofaringe.
- Não necessita de coordenação entre o momento de pressão do inalador e inspiração (coordenação mão-pulmão).
- Melhora o aproveitamento do fármaco, reduzindo a deposição do mesmo na orofaringe.

Passos para a utilização correta da Câmara Expansora



- Retirar a tampa do inalador, agitar bem e colocá-lo na vertical, na câmara expansora.
- Colocar os lábios à volta do bocal ou adaptar a máscara bem à face.
- Ativar o inalador pressurizado.
- Começar a inspirar lentamente e reter a respiração 8 a 10 segundos.
- Respirar 5 a 6 vezes antes de realizar outra inalação.
- Repetir as inalações prescritas.
- Aguardar 5 minutos para trocar de inalador.
- Lavar a cavidade oral.

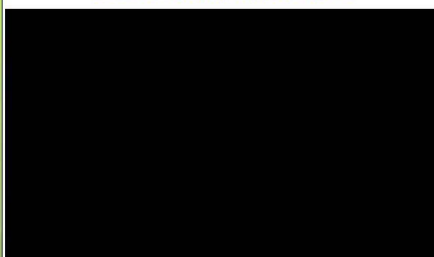
Limpeza da Câmara Expansora

- Seperar todas as peças da câmara, girando o bocal desta em sentido contrário ao dos ponteiros do relógio.
- Coloque as peças durante 15 minutos em água morna com detergente líquido.
- Enxague as peças em água limpa e deixe secar completamente ao ar.
- Junte as peças e monte, tendo o cuidado de ajustar as linhas de marcação na tampa terminal do apito de sinalização, dentro da câmara.

Limpeza 1X Semana
Tempo de vida da Câmara + ou - 1 ano



Video Demonstrativo



Inaladores de pó seco (DPI*)



*Dry Powder Inhaler

Inaladores de pó seco (a nebulosa)

Sistema AEROLISER



- Retirar o protetor que cobre o inalador e colocar o bucal no sentido da seta.
- Colocar a cápsula na base do dispositivo e fechar.
- Carregar nas patilhas laterais até ouvir o "click".
- Após perfurar a cápsula, a substância ativa está pronta a ser inalada.
- Expirar lentamente, mantendo o inalador afastado da boca.

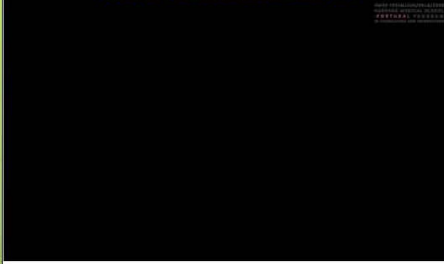
Inaladores de pó seco (a nebulosa)

Sistema AEROLISER



- Colocar o dispositivo em posição próxima da horizontal.
- Colocar o bucal entre os dentes e fechar os lábios à volta do mesmo;
- Inspirar profundamente.
- Retirar a cápsula.
- Fechar o inalador e guardar em local seco.

Video Demonstrativo



Inaladores de pó seco (unidade)

Sistema HANDIHALER



- Para remover a tampa, pressionar completamente o botão e soltar.
- Abrir completamente a tampa puxando-a para cima. Em seguida, abrir o bucal puxando-o para cima.
- Remover uma cápsula do blister.
- Colocar a cápsula no compartimento central.
- Fechar firmemente o bucal até ouvir um "click". Manter a tampa aberta.

Inaladores de pó seco (unidade)

Sistema HANDIHALER



- Segurar o inalador com o bucal para cima. Pressionar completamente o botão, libertando-o de seguida para perfurar a cápsula.
- Expirar completamente.
- Colocar os lábios bem fechados em redor do bucal.
- Abrir o bucal novamente. Descartar a cápsula utilizada.
- Limpar bucal e interior do inalador com pano seco.
- Fechar o bucal e a tampa e guardar em local seco.

Video Demonstrativo



Inaladores de pó seco (multidose)

Sistema TURBOHALER



- Retirar o protetor que cobre o inalador, com ligeiro movimento de rotação para a direita.
- Colocar o inalador na posição vertical.
- Rodar a base do inalador para a direita, seguido de um movimento de rotação no sentido inverso até ouvir um "click".
- Expirar lentamente (não expirar para dentro do aparelho).
- Colocar o bucal entre os dentes e fechar os lábios à volta do mesmo.

Inaladores de pó seco (multidose)

Sistema TURBOHALER



- Inspirar profundamente.
- Sustar a respiração durante 10 segundos (adultos) ou.
- Esperar pelo menos 30 segundos a 1 minuto antes da repetição de uma nova dose.
- Colocar de novo o protetor sobre o inalador e guardar em local seco.
- Verificar o nível do inalador de dose.

Video Demonstrativo



Inaladores de pó seco (multidose)

Sistema Accuhaler-Discus



- Colocar o dispositivo na vertical com bucal para cima.
- Deslocar o protetor da peça bucal.
- Empurrar a patilha metálica lateral à peça bucal até à extremidade oposta até ouvir o "click".
- Colocar o dispositivo na horizontal.
- Expirar lentamente.

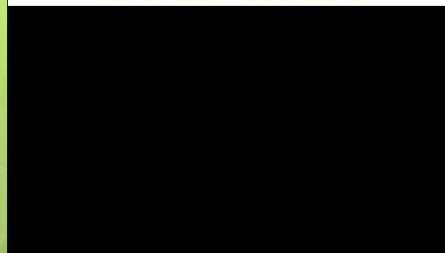
Inaladores de pó seco (multidose)

Sistema Accuhaler-Discus



- Colocar os lábios bem fechados à volta da peça bucal.
- Inspirar profundamente.
- Sustentar a respiração durante 10 segundos.
- Esperar pelo menos 30 segundos a 1 minuto antes da repetição de uma nova dose.
- Tapar de novo a peça bucal e guardar em local seco.

Video Demonstrativo



DÚVIDAS



APÊNDICE VII – Check List – Inaloterapia

Registo do Ensino da Terapêutica Inalatória

Nome do doente:

Terapêutica inalatória atual:

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Data | | | | |
| Nome do Inalador | | | | |
| Horário de administração | | | | |
| Administra o número de inalações prescritas | | | | |
| Administra os inaladores pela ordem correta | | | | |
| Cumpe os horários prescritos para administração | | | | |
| Lava a boca após fazer o inalador (se corticoide) | | | | |

Check List

| Data | | | | |
|--|--|--|--|--|
| Prepara corretamente a dose para inalar | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ |
| No caso de MDI : - Aquece - Agita | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| <p>Coloca o inalador na posição correta: - Se for MDI, em posição em L;</p> <p>- Se for DPI em posição horizontal</p> | <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>Realiza uma expiração lenta antes de ativar o inalador</p> | <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>Coloca os lábios bem fechados à volta do aplicador</p> | <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>Realiza pausa de 30 a 60 seg. entre cada puf (caso necessite de fazer mais do que uma inalação)</p> | <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>Se utiliza Câmara Expansora:</p> <p>Adapta corretamente o inalador à câmara</p> <p>Adapta corretamente a máscara à face e nariz</p> | <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>Lavagem: - Efetua a lavagem da câmara 1x mês</p> | <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> |

[illegible]

APÊNDICE VIII - Guiões das Entrevistas – Serviço de Neurologia - CHLN

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular de Opção II

Duração prevista do estágio: De 28 de Outubro a 22 de Novembro de 2013

Guião de Entrevista à Enf.^a Chefe do serviço de Neurologia Piso 7 – HSM

3. Caracterizar o Serviço

- Qual a finalidade e os objetivos da existência deste serviço? (*História do serviço ao longo do tempo...*)
- Como está organizado o serviço? (Julgo existir uma unidade de cuidados intermédios/ especiais e enfermaria)
- Quantas vagas existem no Serviço? Distribuídas de que forma? (Homens/mulheres/ patologia)
- Qual o número médio de clientes seguidos neste serviço por ano?
- Qual a área geográfica de abrangência do serviço?
- Qual a via mais comum de internamento? A partir do Serviço de Urgência ou consulta? Existem internamentos programados?
- Existe interligação do serviço com outros intra-hospitalares ou da comunidade? Quais?
- Como funciona o regime de visitas?

4. Descrever os Clientes

- Quais as patologias mais frequentes?
- Qual o género, faixa etária, grau de alfabetização e estrato socioeconómico mais frequente das pessoas internadas?
- Qual o tempo médio de internamento?
- Como são estabelecidos os programas de reabilitação?

5. Caracterizar os Recursos Humanos

- Qual o número de enfermeiros, generalistas e especialistas, a exercer funções no serviço; É suficiente em termos de rácios enfermeiro/ cliente?
- Como é composta a restante equipa multidisciplinar?
- Qual o número de clientes atribuídos a cada enfermeiro por turno?
- Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) também têm clientes atribuídos na prestação de cuidados gerais?
- Como são distribuídos os enfermeiros de reabilitação?
- Como se encontram organizados os horários (manhãs/ tardes) do EEER?
- Quais as funções do EEER?

6. Compreender a Gestão de Cuidados

- Qual o método de trabalho implementado na equipa de enfermagem?
- Qual o modelo de enfermagem usado?
- São utilizados planos de cuidados? Em que medida o cliente e sua família/cuidador são envolvidos nos mesmos?

7. Compreender a Gestão de Recursos Materiais

- Em termos de equipamento o serviço está dotado de todo o material considerado necessário para a prestação de cuidados específicos do EEER?
- Qual o material existente e qual o que se encontra em falta?

8. Enunciar as expetativas do serviço

- O serviço tem projetos em estudo e/ou implementados? Em que áreas?
- Os EEER encontram-se envolvidos em algum deles?
- Existem no serviço Normas/Protocolos relacionados com a reabilitação?

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular de Opção II

Duração prevista do estágio: De 28 de Outubro a 22 de Novembro de 2013

Guião de Entrevista à Enf.^a Especialista de Reabilitação do serviço de Neurologia

Piso 7 – HSM

4. Compreender a Gestão de Cuidados

- Qual o papel do EEER neste serviço? Atua noutras áreas para além da Reabilitação?
- Como se processa a articulação/relação/trabalho em equipa estabelecidos entre a EEER e os restantes elementos da Equipa Multidisciplinar? Existem fisioterapeutas no serviço? Como é feita a articulação com o trabalho do EEER?
- Quais as situações/patologias mais comuns que necessitam de intervenção do EEER? Qual a incidência de clientes com DPOC como patologia de base? (*relação com tema de projeto*)
- Como EEER como planeia o seu trabalho, tem algum método de trabalho estabelecido?
- Como é realizada a planificação de cuidados de reabilitação aos diferentes clientes?
- Quem determina quando iniciar um programa de reabilitação?
- Como é feita a avaliação da eficácia do plano de reabilitação estabelecido? Existe Folha de Avaliação/Registos de Enfermagem da EEER? São utilizadas Escalas de Avaliação pela EEER? Se sim? Quais?
- Quais os sentimentos/receios/dificuldades mais verbalizado pela pessoa/familiares/ cuidadores da pessoa com alterações neurológicas durante o internamento e no momento de regresso a casa?
- Qual a receptividade do cliente aos cuidados de enfermagem de reabilitação?
- Que papel é atribuído à família/cuidador na Preparação para a alta?

- São realizados planos de reabilitação para o cliente continuar a seguir no domicílio? *(entrega de documentação de esclarecimento ao cliente e família, panfletos, folhetos etc.)*
- Os clientes e famílias podem contatar o Serviço após a alta se necessário? Ficam com um enfermeiro de referência?
- Como é que é garantida a continuidade de cuidados na pós-alta em termos de reabilitação? Existente articulação entre a EEER e os recursos da comunidade?
- Como é dada visibilidade ao trabalho do EEER?

5. Compreender a gestão de recursos materiais

- O serviço dispõe de recursos que auxiliem e complementem os cuidados de enfermagem de reabilitação? Quais?
- Os recursos existentes são suficientes para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação? Quais estão em falta?

6. Enunciar as expetativas do EEER

- Quais as competências do EEER mais valorizadas neste serviço?
- Têm projetos relacionados com a reabilitação? Quais? *(De acordo com a pertinência apresentar a minha disponibilidade em colaborar nos mesmos durante o estágio)*
- Como EEER participa na formação dos seus pares?
- O que considera importante para uma prestação de cuidados de excelência no âmbito da reabilitação?
- Quais as dificuldades sentidas no dia-a-dia?
- Considera ter as condições ideais para prestar cuidados de reabilitação? Se não, o que mudaria?

| <i>Guião de Observação</i> | |
|---|--|
| Estrutura e organização do serviço | |
| Dinâmica do serviço, rotinas e especificidades | |
| Gestão de recursos humanos | |
| Organização da equipa multidisciplinar, articulação do papel do EEER e restante equipa | |
| Dinâmica dos cuidados gerais de enfermagem | |
| Dinâmica dos cuidados prestados pelo EEER (<i>método de trabalho, planificação dos cuidados, ensinios, técnicas utilizadas</i>) | |
| Rácio EEER/número de clientes a seu cargo | |
| Instrumentos de colheita de dados, de avaliação (escalas) e de registos utilizados pelo EEER | |
| Gestão de recursos Materiais | |
| Recursos de apoio à enfermagem de reabilitação (<i>dispositivos, recursos informativos para entregar ao cliente e família</i>) | |
| Modelo de enfermagem usado | |
| Impacto psicológico, físico e sociocultura da doença neurológica na pessoa e seus cuidadores | |
| Adesão dos clientes ao programa de enfermagem de reabilitação | |
| Défice de autocuidado da pessoa com alterações neurológicas | |
| Efeito da intervenção do EEER na recuperação da pessoa com alterações neurológicas | |
| Prevalência de doentes internados com antecedente clínico de DPOC | |
| Continuidade de cuidados intra-hospitalar e na pós-alta | |

